

**Mestrado em Enfermagem**  
**Área de Especialização de Enfermagem**  
**Comunitária**

Relatório de Estágio

**Conhecimentos e Autocuidado da População**  
**Idosa Portadora de Diabetes *Mellitus* Tipo 2 em**  
**Contexto de Cuidados de Saúde Primários**

**Ana Rute Mendes Gomes**

**Lisboa**

**2019**

Three thick, wavy green lines of varying shades (light green, medium green, and dark green) sweep across the bottom right corner of the page, creating a dynamic, organic feel.

**Mestrado em Enfermagem**  
**Área de Especialização de Enfermagem**  
**Comunitária e de Saúde Pública**

Relatório de Estágio

**Conhecimentos e Autocuidado da População**  
**Idosa Portadora de Diabetes *Mellitus* Tipo 2 em**  
**Contexto de Cuidados de Saúde Primários**

**Ana Rute Mendes Gomes**

Orientador: Professora Doutora Maria Lourdes

Varandas Costa

Co-Orientador: Sem Co-Orientador

**Lisboa**

**2019**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



“A maneira como pensas hoje determinará a maneira do teu viver amanhã.  
Decide, portanto, hoje, a espécie de pessoa que queres ser amanhã.”

Frank Capri

## **AGRADECIMENTOS**

Gostaria de manifestar o meu profundo agradecimento a todos os que contribuíram para a concretização deste projeto, que se revelou desafiante como todas as coisas que realmente são importantes. Em especial, agradeço:

À Professora Maria Lourdes Varandas Costa, pela orientação, disponibilidade e incansável apoio no decorrer deste projeto.

À Enfermeira Liliana Ferreira pelo apoio, em especial nos momentos mais difíceis de desespero e frustração, e amizade incondicional.

A todos os colegas do 9º Curso de Mestrado pela solidariedade, partilha e companheirismo.

À equipa da UCSP pela calorosa receção, pela abertura e interesse demonstrado.

A todos os participantes pela disponibilidade demonstrada, sem os quais não seria possível esta intervenção comunitária.

À minha família pela infinita paciência e compreensão, pelo apoio e por toda a ajuda durante este percurso, sem a qual não teria sido possível vencer este desafio.

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

CNE - Conselho Internacional dos Enfermeiros

DGS – Direção Geral de Saúde

DNT – Doenças Não Transmissíveis

EpS – Educação para a Saúde

HbA1C – Hemoglobina Glicada A1C

IDF - International Diabetes Federation

IMC - Índice de Massa Corporal

M<sub>d</sub> - Mediana

M<sub>e</sub> - Média

M<sub>o</sub> - Moda

MIM@UF - Módulo de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais

OE – Ordem dos Enfermeiros

OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OMS – Organização Mundial de Saúde

PIB – Produto Interno Bruto

PIC – Projeto de Intervenção Comunitária

PTGO – Prova de Tolerância à Glicose Oral

SIARS - Sistema de Informação da ARSLVT, IP

SNS – Serviço Nacional de Saúde

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

WHO - World Health Organization

## RESUMO

Portugal consta no relatório da OCDE como o país da Europa com a mais alta taxa de prevalência de Diabetes (9,9%) (OECD, 2017). Na população envelhecida assume contornos mais graves ao coexistir com outras doenças. Há forte evidência de que o autocuidado se traduz em benefícios reais para a pessoa com diabetes tipo 2. Isto exige educação, confiança, motivação e competências para a resolução de problemas.

Este PIC, realizado numa UCSP da região de Lisboa, teve como finalidade capacitar a população idosa portadora de Diabetes *Mellitus* tipo 2 para o autocuidado. Foi utilizada a Metodologia do Processo de Planeamento em Saúde e a Teoria do Défice de Autocuidado de Dorothea Orem, como modelo norteador.

Para obtenção do diagnóstico de saúde foi aplicado um questionário que avaliou dados sociodemográficos e antropométricos, bem como Conhecimentos sobre a diabetes e Atividades de autocuidado com a diabetes, a 38 utentes.

Após a priorização dos problemas identificados, foram formulados os diagnósticos mais emergentes “*Deficit* de conhecimentos relacionado com a fisiopatologia da Diabetes”, “*Deficit* de conhecimentos relacionado com os sintomas de híper e hipoglicémia” e “*Deficit* no Autocuidado na vigilância dos Pés”, definidos os objetivos para a intervenção e selecionadas as estratégias a implementar. Foram realizadas ações educativas individuais: Diabetes e Observação dos Pés.

Após a aplicação de questionários de avaliação das ações educativas, concluímos que os indicadores definidos foram alcançados bem como os objetivos específicos da intervenção.

**Palavras Chave:** Autocuidado, Enfermagem Comunitária, Planeamento em Saúde, Diabetes *Mellitus* tipo 2

## **ABSTRACT**

Portugal is mentioned in the OECD report as the European country with the highest prevalence rate of Diabetes (9.9%)(OECD, 2017). On the aging population becomes an even more concerning issue by coexisting with other diseases. There is a strong evidence that self-care may result into real benefits for the person with type 2 Diabetes. Nevertheless, it requires education, confidence, motivation, and problem-solving skills.

This community intervention project was carried out in a Lisbon area UCSP, had the objective of qualifying the elderly population with Type 2 Diabetes, in self-care.

The methodology used was Health Planning Process, and Dorothea Orem's Self-Care Deficit Theory, was applied as the guiding model.

To obtain the health diagnosis, a questionnaire was applied in order to evaluate sociodemographic and anthropometric data, as well as the level of knowledge concerning Diabetes and the self-care applied to it to 38 users.

After prioritizing the identified problems, the most emergent diagnostics where formulated: "Knowledge deficits related to the pathophysiology of diabetes", "Knowledge deficit related to hyperglycemia and hypoglycemia symptoms" and "Deficit on self-care and self-monitoring of their feet", which were taken into account in the interventions and activities subsequently carried out. Individual educational actions were carried out: Diabetes and Foot Observation.

After the application of questionnaires to evaluate educational actions, we conclude that the defined indicators were achieved as well as the specific objectives of the intervention.

**Keywords:** Self-care, Community Nursing, Health Planning, Type 2 Diabetes

## ÍNDICE

Introdução .....	11
1. Desenvolvimento Teórico e Metodológico .....	13
1.1. Justificação da Temática .....	13
1.2. Epidemiologia da Diabetes .....	15
1.3. A Importância da Literacia em Saúde na Gestão da Diabetes .....	16
1.4. Autocuidado na Diabetes <i>Mellitus</i> tipo 2 .....	17
1.5. Referencial Teórico: Modelo de OREM .....	20
2. Metodologia do Processo de Planeamento em Saúde .....	25
2.1. Diagnóstico de Situação .....	26
2.1.1 Contextualização do local de intervenção .....	26
2.1.2 Técnicas e procedimentos utilizados .....	27
2.1.3 Procedimentos Éticos .....	28
2.1.4. População Alvo e Amostra .....	29
2.1.5 Caracterização dos participantes/Identificação das necessidades de Saúde .....	29
2.1.6 Problemas Identificados .....	35
2.2 Determinação de Prioridades .....	35
2.3 Fixação de Objetivos .....	37
2.4 Seleção de Estratégias .....	39
2.5 Preparação Operacional – Programação .....	42
2.6 Avaliação e Controlo .....	45
3. Limitações do Projeto .....	47
4. Reflexão sobre As competências Desenvolvidas .....	48
5. Considerações Finais .....	52
Referências Bibliográficas .....	54
Apêndices	
Apêndice I – Protocolo Revisão Scoping	
Apêndice II – Cronograma de Atividades	
Apêndice III – Modelo Consentimento Informado	
Apêndice IV – Instrumento Colheita de Dados	
Apêndice V – Quadro 1 – Resultados dos Dados Antropométricos	
Apêndice VI – Quadro 2 – Resultados da Escala de Atividades de Autocuidado	
Apêndice VII – Quadro 3 - Conhecimentos sobre a Diabetes	



Apêndice VIII – Estratégias e Atividades

Apêndice IX – Plano Operacional

Apêndice X – Plano de Sessão Individual – Conhecimentos acerca da Diabetes

Apêndice XI – Plano de Sessão Individual – Autocuidado na observação dos Pés

Apêndice XII – Folheto Diabetes

Apêndice XIII – Folheto Cuidados com os Pés

Apêndice XIV – Avaliação das atividades

Anexos

Anexo I – Parecer CNPD

Anexo II - Declaração Autorização ACES Lisboa Central

Anexo III – Número de diabéticos inscritos por sexo e faixa etária

Anexo IV – Autorização Para Utilização do Questionário

Anexo V – Parecer Comissão de Ética para a Saúde ARSLVT

Anexo VI – Grelha de Análise

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Estrutura conceptual para a enfermagem.....22

Figura 2 - Sistema básico de Enfermagem.....23

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização dos Utentes: Variáveis Socio-demográficas .....29

Tabela 2 - Caracterização dos Utentes: Variáveis Associadas à Diabetes **Erro!**

**Marcador não definido.**

Tabela 3 - Média de Circunferência Abdominal por Género .....31

## INTRODUÇÃO

Este trabalho pretende apresentar o Projeto de Intervenção Comunitária, desenvolvido segundo a Metodologia do Processo de Planeamento em Saúde, assim como explanar as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Consequentemente, procurou-se estabelecer, “com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade”, bem como contribuir para “o processo de capacitação de grupos e comunidades” (OE, 2011, p. 2).

A temática escolhida, “Conhecimentos e Autocuidado da População Idosa Portadora de Diabetes Mellitus tipo 2”, advém do facto da Diabetes ser considerada uma das grandes epidemias do séc. XXI, quer pela sua prevalência, quer pelos onerosos gastos decorrentes de todas as complicações a ela associadas. Para reduzir o impacto da doença na vida dos portadores de Diabetes *Mellitus* tipo 2, os conhecimentos e atividades de autogestão e autocuidado são, a par com as importantes alterações do estilo de vida, o passaporte para atingir uma vida mais longa, com mais qualidade.

Com vista à fundamentação desta temática, foi utilizada a metodologia *Scoping Review*, segundo o *Joanna Briggs Institute* (The Joanna Briggs Institute, 2015), com os objetivos de mapear a literatura existente acerca das condicionantes do autocuidado, bem como o de identificar estratégias que permitam melhorar o autocuidado na população idosa portadora de Diabetes *Mellitus* tipo 2 em contexto comunitário.

O presente relatório tem como **finalidade** contribuir para a promoção dos conhecimentos e do autocuidado da população idosa portadora da Diabetes *Mellitus* Tipo 2 inscrita numa Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados na região de Lisboa.

Para a sua concretização seguimos a metodologia do Processo de Planeamento em Saúde que encerra várias fases ou etapas, nomeadamente o diagnóstico da situação, a definição de prioridades, seleção de estratégias, elaboração de programas e projetos, preparação da execução e execução e avaliação (Imperatori & Giraldes, 1986; Tavares, 1990).

A elaboração do relatório iniciou-se com o enquadramento teórico, onde foram abordadas as temáticas da diabetes, a sua epidemiologia, a importância da literacia em saúde na gestão da diabetes, o autocuidado, e o modelo teórico de Dorothea Orem, “Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem”, uma vez que constitui o referencial teórico deste projeto. Posteriormente abordou-se a Metodologia do Processo de Planeamento em Saúde, dividindo-se em subcapítulos, nos quais são desenvolvidas as diferentes etapas do processo, incluindo a metodologia utilizada para a sua conceção, bem como as condicionantes éticas levadas em linha de conta.

Por fim, são apresentadas as limitações do trabalho, uma reflexão sobre as competências do enfermeiro especialista, bem como as do grau de Mestre, segundo os Descritores de Dublin, e ainda algumas considerações finais.

Assim, este relatório foi realizado, de acordo com as normas APA, presentes no Guia Orientador para a Elaboração de Trabalhos Escritos, Referências Bibliográficas e Citações da ESEL (Godinho, 2018).

## 1. DESENVOLVIMENTO TEÓRICO E METODOLÓGICO

### 1.1. Justificação da Temática

A Diabetes *Mellitus* tipo 2 é uma das quatro doenças não transmissíveis (DNT's) prioritárias para a OMS, a par com as doenças cardiovasculares, cancro e doença respiratória crónica. É uma patologia comum, crónica e de tratamento dispendioso. É caracterizada por hiperglicemia, resultante da falta de insulina (diabetes tipo 1), ou por insulina insuficiente associada à resistência decorrente da mesma (diabetes tipo 2) (IDF, 2011).

A Diabetes *Mellitus*, frequentemente chamada apenas de Diabetes, é “caracterizada pelo aumento dos níveis de açúcar (glicose) no sangue, a hiperglicemia” (Observatório Nacional da Diabetes, 2016, p. 62). Esta ocorre devido, “em alguns casos à insuficiente produção, noutros à insuficiente ação da insulina e, frequentemente, à combinação destes dois fatores” (Observatório Nacional da Diabetes, 2016, p. 62).

Os critérios de diagnóstico de diabetes, de acordo com a Norma DGS N.º 2/2011, de 14/01/2011 (DGS, 2011a), são os seguintes:

- a) Glicemia de jejum  $\geq 126$  mg/dl (ou  $\geq 7,0$  mmol/l); ou
- b) Sintomas clássicos de descompensação + Glicemia ocasional  $\geq 200$  mg/dl (ou  $\geq 11,1$  mmol/l); ou
- c) Glicemia  $\geq 200$  mg/dl (ou  $\geq 11,1$  mmol/l) às 2 horas, na prova de tolerância à glicose oral (PTGO) com 75g de glicose; ou
- d) Hemoglobina Glicada A1c (HbA1c)  $\geq 6,5$  %.

Apesar de ter sido uma questão amplamente debatida ao longo dos anos, a classificação da Diabetes em três tipos é atualmente consensual: Tipo 1, Gestacional e Tipo 2 (IDF, 2017b).

A Diabetes *Mellitus* Tipo 1 é causada por uma reação autoimune do organismo dirigida às células beta localizadas no pâncreas. Apresenta como sintomas sede anormal e boca seca, micções frequentes e por vezes enurese noturna, fadiga e falta de energia, fome constante, perda de peso súbita e visão desfocada (IDF, 2011).

A Diabetes Gestacional corresponde a qualquer grau de anomalia do metabolismo da glicose documentado durante a gravidez. Tem como critérios de diagnóstico glicemia plasmática em jejum  $\geq 92$  mg/dl (5,1 mmol/l) e  $< 126$  mg/dl (7,0

mmol/l)) na primeira consulta da grávida ou pelo menos um valor  $\geq 92$  mg/dl (5,1 mmol/l), 180 mg/dl (10 mmol/l) ou 153 mg/dl (8,5 mmol/l) em jejum, 1 hora ou 2 horas, respetivamente, na prova de tolerância oral com 75 gr de glicose realizada entre as 24 e as 28 semanas de gestação. Está associada a um risco acrescido de desenvolvimento de diabetes tipo 2 em anos posteriores (Observatório Nacional da Diabetes, 2016).

A Diabetes tipo 2 surge quando o pâncreas não produz insulina suficiente, ou quando o organismo não a consegue utilizar eficazmente. Geralmente o diagnóstico ocorre após os 40 anos de idade, mas pode ocorrer mais cedo, se associado à obesidade, principalmente em populações com elevada prevalência da Diabetes (Observatório Nacional da Diabetes, 2016).

A Diabetes tipo 2 pode ser assintomática por muitos anos, sendo o diagnóstico muitas vezes efetuado tardiamente, devido à manifestação de complicações associadas. Dos vários fatores possíveis para o desenvolvimento da Diabetes tipo 2, destacam-se (Observatório Nacional da Diabetes, 2016):

- Obesidade, alimentação inadequada e inatividade física;
- Envelhecimento;
- Resistência à insulina;
- História familiar de diabetes;
- Ambiente intrauterino deficitário;
- Etnia.

Se não diagnosticada, não tratada, ou mal controlada, a diabetes pode causar complicações devastadoras e irreversíveis, tais como deficiência visual, cegueira, insuficiência renal, ataque cardíaco, acidente vascular cerebral, amputação do membro inferior e disfunção erétil. Embora estas complicações se devam predominantemente a hiperglicemia persistente, existem outros fatores considerados importantes contribuintes, nomeadamente hipertensão arterial, distúrbios lipídicos ou obesidade (IDF, 2011).

Os riscos modificáveis para o desenvolvimento de diabetes tipo 2 variam de acordo com as populações, e incluem obesidade, sobre ou subnutrição (incluindo subnutrição in útero e no início da vida) e inatividade física (IDF, 2011).

Evidência proveniente de ensaios clínicos realizados tanto em países desenvolvidos, como nos países em desenvolvimento, demonstram que uma grande

proporção de Diabetes tipo 2 pode ser prevenida, ou significativamente atrasada, com a redução dos principais fatores de risco: a inatividade física e a nutrição inadequada ou em excesso (IDF, 2011).

A Diabetes *Mellitus* é uma doença crónica cada vez mais frequente na nossa sociedade e a sua prevalência aumenta consideravelmente com a idade, atingindo ambos os sexos e todos os grupos etários. No entanto a sua importância na população envelhecida assume outros contornos, já que o diagnóstico de diabetes representa um maior risco de morte prematura, funcionalidade reduzida, perda de massa muscular acelerada e coexistência de outras doenças, tais como a hipertensão arterial e doença cardíaca nos indivíduos com idade superior a 65 anos (American Diabetes Association, 2018).

## **1.2. Epidemiologia da Diabetes**

A OMS estima que o número de pessoas diagnosticadas com diabetes tenha evoluído de 108 milhões em 1980, para 422 milhões em 2014, correspondendo a uma prevalência de 8,5% em pessoas acima dos 18 anos (Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, 2016).

Nos países da OCDE, em 2015, 7% da população adulta era portadora de Diabetes, o que corresponde a mais de 93 milhões de pessoas (OECD, 2017). Na Europa, especificamente, 66 milhões de pessoas têm Diabetes (IDF, 2017).

Em Portugal, dados referentes a 2015 referem que a prevalência estimada da Diabetes na população portuguesa com idades compreendidas entre os 20 e os 79 anos é de mais de 1 milhão, o que corresponde a um crescimento na ordem dos 13,5%. No mesmo ano, na Rede de Cuidados de Saúde Primários do SNS de Portugal Continental, encontravam-se registados 846 955 utentes com Diabetes, num universo de 12 470 910 utentes registados (Observatório Nacional da Diabetes, 2016).

Estima-se que a Diabetes *Mellitus* afete 13,3% da população portuguesa com idades compreendidas entre os 20 e os 79 anos, dos quais 44% desconhecem ter a doença. Cerca de 2 milhões de pessoas são portadores de hiperglicemia intermédia ou “pré-diabetes” (DGS, 2017).

Portugal consta no relatório da OCDE como o país da Europa com a mais alta taxa de prevalência de Diabetes (9,9%) (OECD, 2017), sendo que os custos com o

tratamento da doença e suas complicações representam cerca de 10% da despesa em saúde, o que se traduz em cerca de 1% do PIB Nacional (DGS, 2017).

### **1.3. A Importância da Literacia em Saúde na Gestão da Diabetes**

Literacia em saúde tem sido definida como o nível de capacidade de obtenção, processamento e compreensão de informação básica relacionada com a saúde, por forma a possibilitar a tomada de decisões no âmbito da mesma. Apesar de o nível de escolaridade ter alguma influência, a literacia em saúde é algo destinto do conhecimento geral, uma vez que se refere especificamente, não só à compreensão de tópicos relacionados com saúde, mas também à capacidade para se movimentar no sistema de saúde. Com efeito, a baixa literacia em saúde tem sido associada a uma maior prevalência de doenças crónicas, a maiores taxas de mortalidade, e a um maior risco de casos de Diabetes não diagnosticados (Quartuccio et al., 2018). A literacia em saúde tem sido apontada como fonte de desigualdades na saúde, bem como uma barreira no acesso aos cuidados de saúde (Quartuccio et al., 2018).

Numerosos estudos clínicos, realizados nos últimos 25 anos, encontraram uma associação entre literacia em saúde e os conhecimentos, *stress*, autoconfiança, comportamento de autogestão, controlo glicémico e resultados de saúde em portadores de Diabetes (Davis, 2018).

Os indivíduos com literacia em saúde e numeracia limitados terão dificuldades em compreender a literatura relacionada com a Diabetes comumente usados pelos profissionais, bem como na capacidade de autogestão na realização de tarefas. É provável que sintam dificuldades em tomar os medicamentos corretamente, em calcular porções de alimentos, em proceder ao cálculo dos hidratos de carbono ingeridos, em calcular a dosagem correta de insulina a administrar, em proceder à verificação da glicémia, em manter os pés saudáveis (Davis, 2018) (Saeed, Saleem, Naeem, Shahzadi, & Islam, 2018).

Face à prevalência de baixa literacia em saúde e numeracia em adultos mais velhos, particularmente aqueles com doenças crónicas como Diabetes, os profissionais de saúde devem adaptar a educação para a saúde e a forma de prestar o apoio ao utente. Na grande maioria da informação “padrão” dada aos pacientes acerca da autogestão, pouca foi a reflexão feita acerca do que realmente lhes é pedido



que façam. É preciso identificar o que é ou não realista para os indivíduos, particularmente para os idosos que vivem sozinhos, bem como melhorar a colaboração e a parceria entre o profissional de saúde e o diabético, com vista a tornar o plano de tratamento realista e viável (Davis, 2018).

Em Portugal, à semelhança do que acontece noutros países da Europa, é entre a população mais idosa que se regista uma proporção mais elevada de indivíduos com baixos níveis de literacia em saúde (Espanha, Mendes, & Fernandes, 2016). Os enfermeiros desempenham um papel fundamental na educação dos pacientes no que concerne à transmissão de informações de saúde críticas para os cuidados, tais como administração de medicamentos ou instruções no momento da alta (Mosley & Taylor, 2017).

#### **1.4. Autocuidado na Diabetes *Mellitus* tipo 2**

Com o intuito de fundamentar esta intervenção comunitária fizemos um enquadramento teórico com base na evidência disponível à data, recorrendo, não só às normas e *guidelines* mais recentes que encontrámos, mas também à metodologia de *Scoping Review*. Esta, teve como objetivos:

- i) Mapear a literatura existente acerca das condicionantes do autocuidado na população idosa portadora de Diabetes tipo 2 num contexto comunitário;
- ii) Identificar estratégias que permitam melhorar o autocuidado e gestão da doença na população idosa diagnosticada com Diabetes *Mellitus* tipo 2.

Os resultados obtidos encontram-se presentes no Apêndice I.

A Diabetes *Mellitus* tipo 2 requiere autogestão ativa, por forma a prevenir complicações como retinopatia, neuropatia, nefropatia ou doenças cardiovasculares. O objetivo dos comportamentos de autogestão é a mudança de estilos de vida, nomeadamente ao nível da alimentação, da atividade física e do regime terapêutico, fatores que contribuem para alcançar um melhor controlo glicémico (Tomlin & Asimakopoulou, 2014). A autogestão refere-se à capacidade do indivíduo para gerir os sintomas, o tratamento, as consequências psicossociais e as mudanças de estilo de vida inerentes à vida com uma condição crónica (IDF, 2012). Também exige que a pessoa seja proficiente num conjunto de competências de autocuidado, tais como a monitorização da glicemia ou o exame do pé (IDF, 2012).



Acompanhado de medicação, o autocuidado é a chave para a gestão eficaz da Diabetes, com vista à prevenção ou protelação das complicações a ela relacionadas, e à manutenção de uma boa qualidade de vida (Tomlin & Asimakopoulou, 2014).

Há forte evidência de que o autocuidado, particularmente quando acompanhado por profissionais de saúde, pares, família e amigos, se traduz em benefícios reais para a pessoa com diabetes tipo 2. Isto exige educação, confiança, motivação e competências para a resolução de problemas, possibilitando assim a aplicação dos comportamentos aprendidos, e permitindo adotar estratégias de *coping* benéficas. Estes comportamentos devem ser regulares e sustentados (Tomlin & Asimakopoulou, 2014).

Assim, a pessoa portadora de Diabetes desempenha um papel muito importante na gestão da doença, papel esse que se reveste de uma vital importância no que toca ao autocuidado, já que este é complexo e engloba as experiências diárias do indivíduo. Muitas pessoas portadoras da Diabetes *Mellitus* tipo 2 sentem que a sua doença é um desafio, e enfrentam dificuldades em motivarem-se quanto à autogestão (Herre, Graue, Kolltveit, & Gjengedal, 2016). Segundo o Conselho Internacional dos Enfermeiros (2010) os indivíduos

“(...) carecem de aptidões de autocuidado para gerir problemas em casa, associados a um cuidado e tratamento proativos, integrados, planeados, que prevejam as suas necessidades, de modo a que quaisquer alterações ou deterioração no seu estado possam ser rapidamente enfrentados antes de evoluírem para uma situação aguda”  
(Conselho Internacional dos Enfermeiros, 2010, p. 35).

Os resultados podem ser otimizados ao nível de cuidados de saúde primários através de intervenções básicas, envolvendo a gestão do regime terapêutico, educação para a saúde, aconselhamento e contactos de *follow-up* frequentes. Este cuidado sistemático deve incluir o controlo metabólico periódico e o despiste de complicações, havendo ainda a necessidade de se proceder ao ajuste do plano terapêutico acordado com o doente (WHO, 2016). Devido ao facto de os profissionais de saúde terem pouco controlo sobre como as pessoas com Diabetes gerem a sua doença entre consultas, os enfermeiros podem facilitar a gestão da doença, facultando apoio às pessoas com diabetes, e respetivas famílias, quanto à consciencialização e promoção do autocuidado (Cardoso, Queirós, & Ribeiro, 2015). A evidência disponível “ênfatiza a necessidade das intervenções terem maior centralidade na pessoa, no

significado que atribui à doença, como esta é priorizada nas suas vidas, como a integra no seu sistema de significados ou na capacidade para fazer mudanças de estilo de vida adequadas a um bom controlo glicémico” (Cardoso et al., 2015, p. 253). As aprendizagens são mais significativas quando aprendidas no contexto, e através de experiências concretas (Herre et al., 2016).

O que se torna menos claro são os fatores que contribuem para a manutenção ou não dos comportamentos aconselhados. Gucciardi, Demelo, Offenheim, Grace, & Stewart sugerem, num estudo realizado em 2007, que os pacientes com 65 ou mais anos apresentam menor adesão a sessões de grupo (Gucciardi, Demelo, Offenheim, Grace, & Stewart, 2007). A idade mais avançada tem sido reportada como uma barreira ao acesso aos recursos de saúde relacionados com a Diabetes, por fatores condicionantes como mobilidade reduzida ou inatividade, redes de contactos mais restritas ou preferência por ter um papel menos participativo na sua saúde, o que os desmotiva quanto à utilização dos recursos de saúde disponíveis (Gucciardi et al., 2007). Na população idosa estes esforços podem ser comprometidos pela presença de outras comorbilidades, por dificuldades cognitivas ou pela necessidade de abandonar hábitos construídos ao longo de uma vida (Feil, Zhu, & Sultzer, 2012; Song, Lee, & Shim, 2010; Tomlin & Asimakopoulou, 2014).

Outro fator a ter em consideração é que indivíduos que já têm regimes complexos e que já estão polimedicados têm uma menor adesão à terapêutica, algo muito frequente nos idosos (Tomlin & Asimakopoulou, 2014). Também os determinantes sociais de saúde, fatores do ambiente social que têm impacto na saúde dos indivíduos e comunidades, terão de ser tidos em consideração. Fatores como as características da comunidade e da vizinhança podem ter impacto nos *outcomes* de saúde daqueles que sofrem de doença crónica, incluindo Diabetes tipo 2. Por outro lado, uma baixa criminalidade, espaços para caminhar, e ambientes estéticos aumentam a coesão e suporte social, melhorando a adesão a estilos de vida saudáveis (Smalls, Gregory, Zoller, & Egede, 2015).

O primeiro passo para o autocuidado eficaz nos idosos é aferir quais as necessidades educacionais já satisfeitas (Tomlin & Asimakopoulou, 2014).

### 1.5. Referencial Teórico: Modelo de OREM

Vários modelos têm sido apresentados ao longo dos tempos com o intuito de melhorar o autocuidado nos indivíduos com doença crónica. Para a realização deste trabalho foi utilizada a Teoria Enfermagem do *Deficit* de Autocuidado de Orem, por ser considerada a mais adequada e abrangente no que concerne ao assunto em estudo.

O modelo de Dorothea E. Orem apresenta a ideia de que a enfermeira é o “outro eu”, evoluindo para o seu conceito de enfermagem de “autocuidado”. Isto traduz-se na premissa de que se o indivíduo é capaz, cuida de si mesmo. Quando a pessoa é incapaz de autocuidado, a enfermeira providencia a assistência necessária (George, 2000).

A Teoria Enfermagem do *Deficit* de Autocuidado de Orem engloba três teorias inter-relacionadas:

- A Teoria do Autocuidado;
- A Teoria do *Déficit* do Autocuidado;
- A Teoria dos Sistemas de Enfermagem.

Subjacentes a estas três teorias estão seis conceitos centrais: autocuidado, ação de autocuidado, necessidade terapêutica de autocuidado, *deficit* de autocuidado, serviço de enfermagem e sistema de enfermagem; bem como um conceito periférico: o de fatores condicionantes básicos (George, 2000).

A Teoria do Autocuidado clarifica os conceitos de autocuidado, ação de autocuidado, fatores condicionantes básicos e necessidade terapêutica de autocuidado, assim como as respetivas relações.

Entende-se por autocuidado o “desempenho ou a prática de atividades que os indivíduos realizam em seu benefício para manter a vida, a saúde ou o bem-estar” (Orem citada por George, 2000, p. 84). Tem um propósito e é ação, tem uma sequência e um padrão, que quando levada a cabo de forma eficiente contribui para o funcionamento, desenvolvimento e integridade da estrutura humana (Orem, 2001). A ação de autocuidado é a prática de atividades que os indivíduos iniciam e realizam em benefício próprio, para manter a vida, a saúde e o bem estar (Orem, 2001). Esta é afetada por fatores condicionantes básicos, que englobam a idade, o sexo, o estado de desenvolvimento, o estado de saúde, a orientação sociocultural, os fatores do sistema de atendimento de saúde, os fatores do sistema familiar, os padrões de vida,

os fatores ambientais e a adequação e a disponibilidade de recursos (George, 2000). Isto leva-nos ao conceito de necessidade terapêutica de autocuidado, isto é, a totalidade de ações de autocuidado a serem desempenhadas com alguma duração, com vista a fazer face às necessidades de autocuidado identificadas (George, 2000).

Segundo Orem, as exigências de autocuidado são de três tipos: universais, de desenvolvimento e de desvio de saúde. Estas podem ser definidas como as ações dirigidas à provisão de autocuidado (Orem, 2001). As exigências universais dizem respeito aos processos de vida, assim como à manutenção da integridade da estrutura e do funcionamento humanos. Estas são comumente referidas como atividades de vida diária (George, 2000). As exigências de desenvolvimento de autocuidado englobam “tanto as expressões especializadas de requisitos universais de autocuidado que foram particularizadas por processos de desenvolvimento, quanto novos requisitos, derivados de uma condição... ou associados a algum evento” (Orem, 1991 citada por George, 2000, p. 85). O autocuidado no desvio da saúde acontece em caso de doença ou lesão, ou resulta de medidas médicas para diagnóstico ou correção de uma condição. São os seguintes (George, 2000):

1. Procurar e garantir assistência médica adequada;
2. Estar consciente e ter em consideração os efeitos e resultados das condições dos estados patológicos;
3. Realizar efetivamente as medidas diagnósticas, terapêuticas e reabilitativas prescritas;
4. Estar consciente e levar em conta, ou regular os efeitos desconfortáveis e deletérios das medidas de cuidados prescritas;
5. Modificar o autoconceito e a autoimagem, aceitando um determinado estado de saúde e assumir a necessidade de formas específicas de atendimento de saúde;
6. Aprender a viver com os efeitos de condições e estados patológicos, bem como com as consequências do diagnóstico médico e das medidas de tratamento no estilo de vida, promovendo assim o desenvolvimento pessoal continuado.

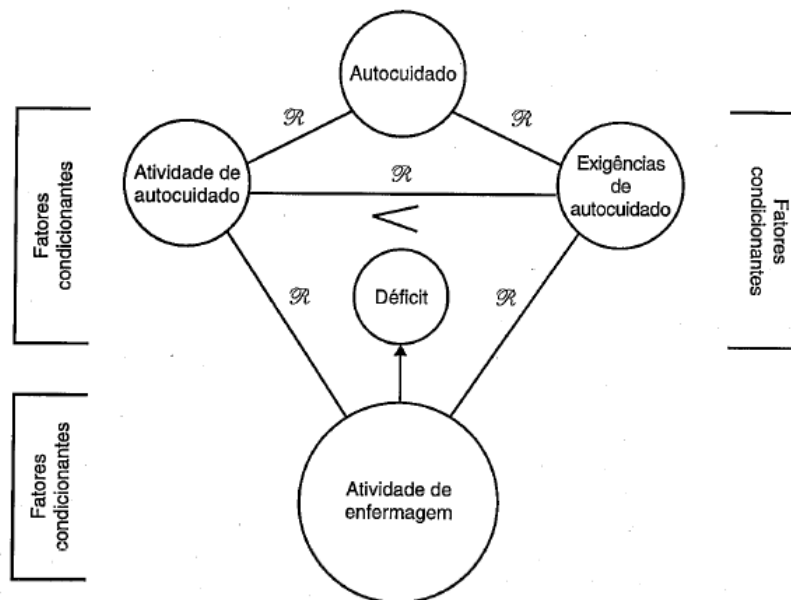
No que concerne a Teoria do *Déficit* de Autocuidado, núcleo central da Teoria Geral de Enfermagem de Orem, esta explicita quando a enfermagem é necessária. Com efeito, quando os indivíduos necessitam de integrar medidas de autocuidado

recentemente prescritas e complexas no seu sistema de autocuidado, cuja realização exige conhecimento e competências especializados, adquiridos através de treino ou experiência, a enfermagem apoia integração através de cinco métodos de ajuda (Orem citada por George, 2000, p. 86):

1. Agir ou fazer pelo outro;
2. Guiar e orientar;
3. Proporcionar apoio físico e psicológico;
4. Proporcionar e manter um ambiente de apoio ao desenvolvimento pessoal;
5. Ensinar.

A enfermagem pode ajudar usando todos os métodos supracitados, ou parte deles, com vista a proporcionar ao indivíduo a assistência necessária ao autocuidado. A intervenção da enfermagem é necessária quando a necessidade supera a capacidade do indivíduo (Orem, 2001).

**Figura 1** – Estrutura conceptual para a enfermagem: < = Déficit de relacionamento, atual ou projetado

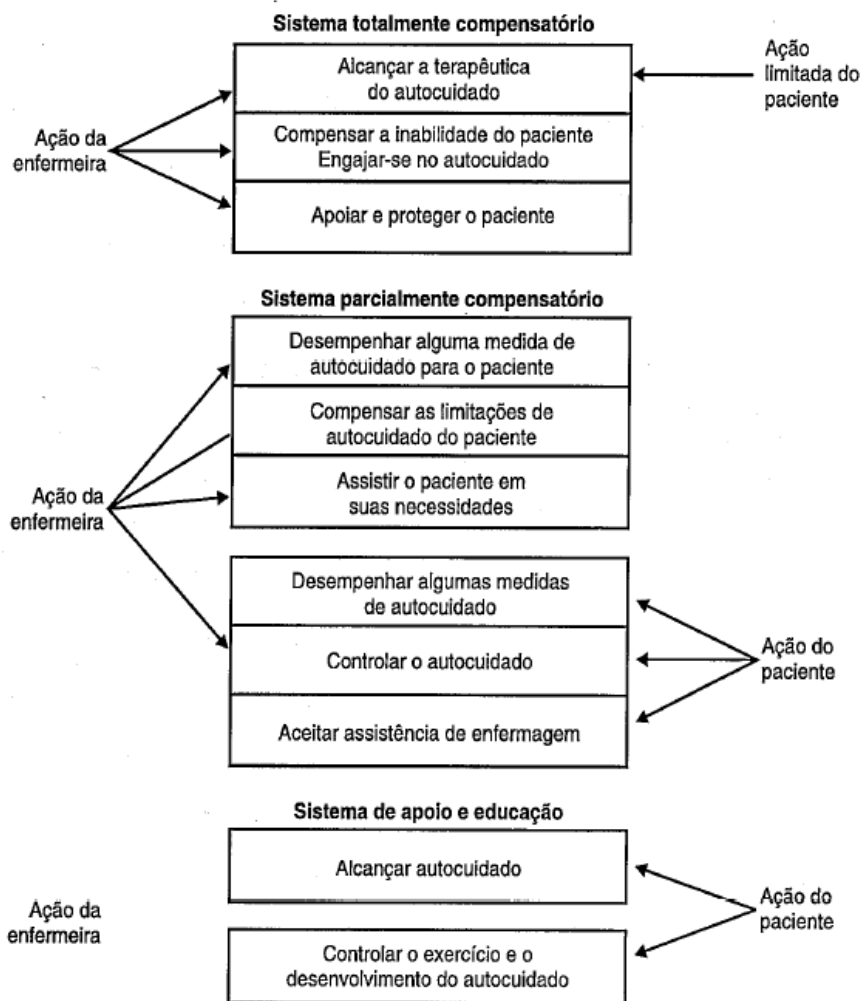


Fonte: George, 200, p.86

A Teoria dos Sistemas de Enfermagem esclarece que o sistema de enfermagem, delineado pela enfermeira, baseia-se tanto nas necessidades de autocuidado como nas capacidades do indivíduo para desempenhar as atividades de

autocuidado. Se houver um *déficit* de autocuidado, isto é, “se existir um deficit entre o que o indivíduo pode fazer (ação de autocuidado) e o que precisa ser feito para manter o funcionamento ideal (exigência de autocuidado), a enfermagem é exigida” (George, 2000, p. 87).

**Figura 2 - Sistema básico de Enfermagem**



Fonte: (George, 2000, p. 88)

São três as classificações dos sistemas de enfermagem para preencher os requisitos de autocuidado do indivíduo: totalmente compensatório, parcialmente compensatório e de apoio-educação (George, 2000).

O sistema totalmente compensatório ocorre quando o indivíduo é incapaz de realizar as atividades de autocuidado, exigindo substituição por parte do enfermeiro (Orem, 2001).

O sistema parcialmente compensatório ocorre quando tanto o indivíduo como a enfermeira podem levar a cabo as medidas de autocuidado, sendo que a dado

momento o indivíduo carece de ajuda para as realizar, por incapacidade temporária (Orem, 2001).

O sistema de apoio-educação é utilizado quando o indivíduo é capaz de desempenhar as medidas exigidas pelo autocuidado terapêutico, mas precisa de conhecimentos adicionais para o fazer (Orem, 2001).

No decorrer da implementação deste projeto, o planeamento das atividades a realizar foi realizado de acordo com o sistema de apoio-educação, pretendendo-se, após aferir o *déficit* existente, que os indivíduos caminhem para a independência no seu autocuidado.

## **2. METODOLOGIA DO PROCESSO DE PLANEAMENTO EM SAÚDE**

Segundo Imperatori e Giraldes, “o planeamento é uma aplicação da lógica na vontade de transformar o real” encerrando três premissas: “racionalidade das decisões”, “capacidade de moldar a realidade segundo um modelo prefixado” e “referir-se ao ”(Imperatori & Giraldes, 1986, p. 21). Este pode ser definido como “a racionalização do uso de recursos com vista a atingir os objetivos fixados, em ordem à redução dos problemas de saúde, considerados como prioritários, e implicando a coordenação de esforços provenientes dos vários sectores socioeconómicos” (Imperatori & Giraldes, 1986, p. 23).

Desta definição surgem as várias fases que compõem o processo de planeamento em saúde, diagnóstico da situação, definição de prioridades, seleção de estratégias, elaboração de programas e projetos, preparação da execução, execução e avaliação. Este processo deve ser encarado como contínuo e dinâmico (Imperatori & Giraldes, 1986; Tavares, 1990).

Estas fases são sobreponíveis com as etapas do processo de enfermagem apresentadas pelo modelo de Orem, o qual compreende três passos: uma fase de diagnóstico e prescrição, fase de planeamento dos sistemas e da execução dos atos de enfermagem e, por fim, a fase de produção e execução do sistema de enfermagem (George, 2000).

De forma a ir ao encontro da problemática já descrita, tendo como quadro conceptual de Enfermagem o descrito por Orem, e a Metodologia do Processo de Planeamento em Saúde, descrevemos neste capítulo as etapas realizadas neste projeto.



## **2.1. Diagnóstico de Situação**

O diagnóstico de situação deve ser alargado aos setores económicos e sociais, mas sucinto e claro para permitir fácil leitura e compreensão (Imperator & Giraldes, 1986).

Numa primeira fase foi realizada uma consulta de indicadores na base de dados SIARS, utilizando a ferramenta *MIM@UF*.

Nesta etapa do Processo de Planeamento em Saúde devem estar presentes a descrição da situação, preferencialmente quantitativa, o conhecimento dos fatores que a determinam, a análise da sua evolução e perspetivas, e se esta é ou não satisfatória (Tavares, 1990).

Para a realização do diagnóstico de situação foi utilizada uma metodologia de estudo transversal descritivo, mediante a aplicação de instrumentos para apurar os conhecimentos acerca da Diabetes e o autocuidado.

### **2.1.1 Contextualização do local de intervenção**

Este trabalho decorreu numa Unidade de Saúde inserida numa freguesia da cidade de Lisboa. Nela residem, de acordo com dados dos Censos 2011, 9.325 famílias, perfazendo um total de 20.116 indivíduos. Esta freguesia representa 3% do território da cidade de Lisboa contendo 5% dos seus edifícios (INE, 2011).

Apresenta-se dinâmica pela evolução registada (entre 2001 e 2011 aumenta o número de edifícios (3%), alojamentos (4%) e sobretudo o de indivíduos (16%)). Decrescem os jovens (15 a 24 anos -19%), os adultos ligeiramente (25 a 64 -2%), e os idosos (-15%). Esta freguesia é menos envelhecida, quando comparada com a média da Cidade, tem uma menor presença de idosos no seio das famílias (39%). Nas características da população, o número de famílias não aumenta, mas sobe em 16% o número de indivíduos, e estes crescem o número de crianças (0 a 14, 17%) (CML, 2013).

Segundo dados de 2017, a UCSP conta com 29 265 utentes, a população abrangida apresenta um índice de dependência de 58,33%, sendo 32,4% deste atribuível aos idosos. Estamos assim perante uma população bastante envelhecida, já que 6023 utentes do total de inscritos apresentam mais de 65 anos (20,6%). Esta

UCSP conta com a colaboração de 21 Médicos, 14 Enfermeiros, 4 Assistentes Técnicos e 5 Assistentes Operacionais, número claramente insuficiente de profissionais para assegurar as necessidades da população.

Através da consulta da estatística produzida pela referida unidade, observa-se que não está a ser realizada consulta de enfermagem ao utente diabético, fato comprovado após observação no local.

### **2.1.2 Técnicas e procedimentos utilizados**

Por forma a identificar as necessidades terapêuticas de autocuidado e avaliar as características do sistema de autocuidados, foram utilizados, para além de um guião de colheita de dados sociodemográficos e antropométricos, o Questionário de Conhecimentos sobre a Diabetes (tradução para português de “*Diabetes Knowledge Questionnaire – DKQ- 24*”), que “aborda questões como conhecimento sobre a diabetes e aspetos relacionados (...) falsos conceitos, consequências e sintomatologia” (F. S. Bastos, 2004), bem como a escala de Autocuidado com a Diabetes, de Bastos *et al* (2007), que “permite identificar áreas de necessidades em cuidados de saúde e o planeamento de intervenções para a sua resolução, assim como avaliar o resultado dessas intervenções, medindo a mudança no comportamento que se pretende modificar” (F. Bastos, Severo, & Lopes, 2007). Esta escala avalia alimentação geral, alimentação específica, atividade física, monitorização da glicemia capilar, cuidados com os pés, medicamentos e hábitos tabágicos.

As escalas atrás descritas foram compiladas num único instrumento (Apêndice IV), após obtenção de autorização do autor (Anexo IV). Este instrumento permitiu identificar e quantificar o défice de autocuidados e de conhecimentos, explorando as ações de autocuidado levadas a cabo pelos indivíduos, assim como a necessidade terapêutica de autocuidado e a relação existente ou projetada entre estes dois fatores, com o objetivo de atingir o diagnóstico de enfermagem, e consequentemente o diagnóstico de situação.

Ao explorar as características dos indivíduos, obtivemos os requisitos universais e de desenvolvimento. A caracterização da doença e avaliação de dados

antropométricos, em conjunto com a informação obtida através das escalas referidas, permitiu-nos identificar os requisitos de desvio de saúde.

### **2.1.3 Procedimentos Éticos**

Para a elaboração deste projeto foram tidas em consideração questões éticas, pois “qualquer investigação junto de seres humanos levanta questões morais e éticas” (Fortin, 1999, p. 113), uma vez que incorre no risco de violar os direitos fundamentais do ser humano, como o direito à autodeterminação, o direito à intimidade, o direito ao anonimato e à confidencialidade, o direito à proteção contra o desconforto e prejuízo, e o direito a um tratamento justo e equitativo (Fortin, 1999).

Para acautelar o correto procedimento nesta matéria, o protocolo de investigação foi submetido à apreciação, comentários, orientação e aprovação, da respetiva comissão de ética, antes da colheita de dados começar (Anexo V).

De acordo com a declaração de Helsínquia, “devem ser tomadas todas as precauções para proteger a privacidade de cada sujeito de investigação, e a confidencialidade dos seus dados pessoais” (Associação Médica Mundial, 2013, p. 3).

Consequentemente, foi notificada a Comissão Nacional de Proteção de Dados relativamente à recolha e tratamento da informação obtida (Anexo I), de acordo com a legislação em vigor.

Assim, cada “potencial sujeito tem de ser informado adequadamente das finalidades, métodos, fontes de financiamento e possíveis conflitos de interesse, ligações institucionais do investigador, benefícios expectáveis, potenciais riscos do estudo e incómodos que lhe possam estar associados, ajudas após o estudo, bem como outros aspetos relevantes do estudo” (Associação Médica Mundial, 2013, p. 3). Após garantia de que o potencial participante compreendeu a informação, deve então ser obtido o consentimento livre e informado, preferencialmente por escrito, tendo sido criado um documento para o efeito (Apêndice III).

Foram também pedidas as devidas autorizações para a execução deste projeto ao ACES Lisboa Central (Anexo II).

#### 2.1.4. População Alvo e Amostra

Do total dos utentes inscritos na unidade, 1355 encontram-se diagnosticados com a patologia Diabetes, 674 indivíduos do sexo masculino e 681 indivíduos do sexo feminino. Destes indivíduos, 918 têm 65 ou mais anos.

Para a população em estudo selecionámos os utentes inscritos na Unidade com mais de 65 anos de idade, portadores de Diabetes *Mellitus* tipo 2, diagnosticados há mais de um ano, que aceitaram participar no projeto. Excluámos todos os indivíduos que demonstraram incapacidade no preenchimento dos instrumentos ou que fossem dependentes de outros nas suas atividades de vida diárias.

Para a concretização deste projeto optou-se por uma amostra não probabilística de conveniência (Carmo & Ferreira, 1998), já que o questionário foi aplicado aos indivíduos que se dirigiram à unidade na janela temporal definida para a recolha de dados, o mês de novembro de 2018, que reuniram as condições e aceitaram participar. Foram selecionados 38 participantes.

#### 2.1.5 Caracterização dos participantes/Identificação das necessidades de Saúde

**Dados sociodemográficos:** Foram avaliados a idade, o sexo, a escolaridade, a situação profissional e o estado civil.

**Tabela 1** - Caracterização dos Utentes: Variáveis Sociodemográficas

Caracterização dos Utentes (N=38)					
	N	%		N	%
<b>Sexo</b>			<b>Situação Profissional</b>		
Masculino	20	53	Empregado	4	11
Feminino	18	47	Desempregado	2	5,3
			Reformado	30	79
<b>Nível de Escolaridade</b>			Outro	2	5,3
Não sabe ler nem escrever	3	7,9	<b>Estado Civil</b>		
1º Ciclo	19	50	Casado	23	61
2º Ciclo	3	7,9	Solteiro	2	5,3
3º Ciclo	3	7,9	Viúvo	7	18
Ensino Técnico	2	5,3	Divorciado	6	16
Ensino Secundário	2	5,3			
Bacharelato	1	2,6			
Licenciatura	5	13			

Os participantes apresentam uma média de idades de 72,97 anos (mediana 72, moda 66, mínimo 65 e máximo 87). Quanto às características sociodemográficas, estas foram agrupadas na tabela 1, sendo possível constatar que a maioria dos utentes é casado, encontra-se reformado e apresenta como nível de escolaridade o primeiro ciclo.

**Caracterização da diabetes:** cada indivíduo foi questionado em relação ao tempo de diagnóstico, tratamento inicial, tratamento atual, se apresenta complicações decorrentes da Diabetes, se tem ajuda na gestão da sua doença, por parte de quem, e em que aspetos.

**Tabela 2** - Caracterização dos Utentes: Variáveis Associadas à Diabetes

Caracterização da Diabetes (N=38)					
<b>Tratamento Inicial</b>			<b>Ajuda na gestão da diabetes</b>		
	<b>N</b>	<b>%</b>		<b>N</b>	<b>%</b>
Dieta	2	5,3	Não tem ajuda	17	44,7
Dieta e Exercício Físico Regular	2	5,3	Cônjuge	13	34,2
Comprimidos (ADO)	32	84	Outro Familiar	3	7,9
Insulina e Comprimidos (ADO)	2	5,3	Outro Profissional	4	10,5
			Omisso	1	2,6
<b>Tratamento Atual</b>			<b>Aspetos em que é ajudado</b>		
Comprimidos (ADO)	31	82	Não tem ajuda	17	44,7
Insulina	1	2,6	Dieta	7	18,4
Insulina e Comprimidos (ADO)	6	16	Exercício Físico Regular	1	2,6
<b>Complicações Diabetes</b>			Medicação	2	5,3
Não	32	84	Pesquisa de Glicémia	1	2,6
Visão	3	7,9	Vigilância dos pés	1	2,6
Renal	1	2,6	Idas às consultas	9	23,7
Arterial	1	2,6			
Omisso	1	2,6			

No que concerne aos fatores relacionados com a diabetes, estes encontram-se descritos na tabela 2. Os utentes reportaram terem sido diagnosticados em média há 10,37 anos (mediana 9, moda 10, min 1 e máximo 30). Na sua maioria iniciaram tratamento com antidiabéticos orais, tratamento que ainda mantêm. A

maioria refere não ter complicações recorrentes da diabetes e não ter ajuda, ou ter a ajuda dos cônjuges.

**Parâmetros antropométricos e analíticos:** Foram avaliados, sempre que possível, peso, altura, Índice de Massa Corporal, perímetro abdominal, pressão arterial sistólica e diastólica, glicémia capilar. Foi ainda aferido o último valor de HbA1C através da consulta dos respetivos processos clínicos. Os valores encontram-se discriminados no Quadro 1 em apêndice (Apêndice V).

O peso foi avaliado em 36 dos participantes e é em média 75,49 Kg (Mediana 75,50 Kg, Moda 70 Kg, Mínimo 44 Kg, Máximo 125 Kg) e a Altura em 37 dos participantes, com média de 162,68 cm ( $M_d$  de 160 cm,  $M_o$  de 160 cm, Mínimo 141 cm, Máximo 178 cm), com o objetivo de obter o valor de IMC. Este valor mede a corpulência e determina-se dividindo o peso, em quilogramas, pela altura em metros elevada ao quadrado ( $\text{peso}/\text{altura}^2$ ) (DGS, 2005). O IMC foi em média 28,62 ( $M_d$  de 28,30;  $M_o$  de 22,90; Mínimo 16,80; Máximo de 41,60), o que corresponde a excesso de peso. Considera-se, segundo a OMS, que há excesso de peso quando o IMC é superior a 25 e que há obesidade quando o IMC é igual a 30 (DGS, 2005).

**Tabela 3** - Média de Circunferência Abdominal por Género

<b>Circunferência Abdominal</b>			
Género	Média	N	Erro Desvio
Masculino	103,5000	10	8,60555
Feminino	105,8750	16	18,30437
Total	104,9615	26	15,13534

No parâmetro circunferência abdominal ( $N=26$ ), obteve-se uma média de 104,96 cm ( $M_e$  de 103,50cm,  $M_o$  de 90 cm, Mínimo de 69 cm, Máximo de 138 cm).

A avaliação deste parâmetro deve-se à importância da avaliação da distribuição da gordura corporal. Quando o tecido adiposo se acumula na metade superior do corpo, sobretudo no abdómen, a evidência científica sugere que esta está diretamente relacionada com o desenvolvimento de insulinoresistência, responsável pela síndrome metabólica associada à obesidade. A avaliação da obesidade abdominal faz-se pela medição do perímetro da cintura, utilizando uma fita métrica no ponto médio entre o rebordo inferior da costela e a crista ilíaca. É indicador de risco muito

aumentado, e requer intervenção médica, um perímetro da cintura > 88 cm na mulher e um perímetro da cintura > 102 cm no homem (DGS, 2005).

Conforme pode ser observado na tabela 3, a maioria dos participantes tem gordura abdominal aumentada.

No que concerne à Pressão Arterial, esta foi aferida em 35 dos 38 participantes, tendo apresentado em média uma Pressão Arterial Sistólica de 138,11 mmHg ( $M_d$  de 140 mmHg,  $M_o$  de 120 mmHg, Mínimo de 100 mmHg, Máximo de 179 mmHg) e Pressão Arterial Diastólica de 72,31mmHg ( $M_d$  de 70mmHg,  $M_o$  de 70 mmHg, Mínimo de 60 mmHg, Máximo de 93 mmHg). Considera-se Hipertensão Arterial valores superiores a 140 mmHg Sistólica e 90 mmHg Diastólica (DGS, 2011b). Em média os participantes avaliados encontram-se dentro dos valores normais.

Os valores de Glicémia Capilar foram avaliados oportunisticamente e são, por consequência, pós-prandiais. De acordo com algumas diretrizes as metas de glicemia podem ser equivalentes ao alvo HbA1c. Uma glicémia capilar em jejum de aproximadamente 110 mg/dl e pós-prandial de 180 mg/dl na maioria das medições realizadas podem prever uma HbA1c <7%, mas não substituem a avaliação desta (IDF, 2017a). Em média encontramos uma glicémia capilar de 141,58 mg/dl ( $N= 31$ ,  $M_d$  de 137 mg/dl,  $M_o$  de 98 mg/dl, Mínimo de 94 mg/dl, Máximo de 258 mg/dl).

No que diz respeito ao parâmetro Hemoglobina Glicosilada, apenas 25 dos 38 participantes tinham registo deste valor no seu processo. Esta é em média 6,92% ( $M_d$  de 6,90%,  $M_o$  de 5,80%, Mínimo de 5,50% e Máximo de 9,70%). As recomendações sugerem que o alvo geral para o controle da glicose na Diabetes *Mellitus* tipo 2 deve ser menor que 7%. Valores menores de HbA1c são desejáveis ou pelo menos devem ser considerados, desde que a hipoglicemia e o ganho de peso possam ser evitados usando tratamentos apropriados. Valores de HbA1c acima de 8% são geralmente inaceitáveis (IDF, 2017a).

A **Escala de Atividades de Autocuidado com a Diabetes**, (F. Bastos et al., 2007), inclui seis dimensões, sendo estas: Alimentação Geral (a alimentação saudável, alimentação recomendada para o diabético e consumo de frutas e vegetais), Alimentação Específica (consumo de pão e álcool às principais refeições, consumo de carnes vermelhas e álcool fora das refeições e o uso de açúcar nas bebidas), Atividade Física (a atividade contínua e exercício físico específico), Monitorização da



Glicémia (avaliação e recomendações), Cuidados com os Pés (o autoexame dos pés e secar os pés) e, por fim, Medicamentos (F. S. Bastos, 2004). O *Score* de cada um destes parâmetros é avaliado em dias da semana, variando de 0 a 7 dias, sendo desejável que se aproxime dos 7 dias de hábitos saudáveis. No Quadro 2 em apêndice (Apêndice VI) é possível verificar a totalidade dos scores obtidos. Destes destacamos os mais baixos, Atividade Física (Score 2,37 dias), seguido de Alimentação Geral (Score 4,78 dias), Alimentação Específica (5,30 dias) e Cuidados com os Pés (5,85 dias).

No que concerne a Monitorização da Glicémia, os participantes referiram que lhes foi recomendado que realizassem em média uma avaliação 3 vezes por semana, tendo esta média sido cumprida pelos participantes. Apesar do *Score* ser baixo, está de acordo com as recomendações feitas pelos profissionais de saúde. De facto, atualmente discute-se o benefício da auto-monitorização de glicémia capilar em portadores de Diabetes tipo 2. Apesar de obrigatória nos doentes insulino-tratados e fortemente recomendada nos doentes medicados com sulfonilureias (IDF, 2017a), os estudos realizados na matéria apresentam resultados variáveis, sendo que os benefícios desta prática são modestos em termos clínicos, apesar de estatisticamente relevantes (RNAO, 2010). Em relação à população mais envelhecida, esta evidência torna-se ainda mais escassa (IDF, 2013). Atendendo ao facto de a terapêutica ser variável nos participantes, justificam-se as diferentes recomendações fornecidas.

Em relação aos hábitos tabágicos, 34 dos 38 participantes são não fumadores (89,47%).

#### **Questionário de Conhecimentos sobre a Diabetes** (tradução para português de “*Diabetes Knowledge Questionnaire – DKQ- 24*”)

O questionário aborda questões as seguintes questões: conhecimento sobre a Diabetes e aspetos relacionados, como a causa, produção de insulina e hiperglicemia; duração da doença e tendência para a hereditariedade; aspetos relacionados com o regime terapêutico e seus efeitos no controlo glicémico, falsos conceitos, consequências e sintomatologia de hipo e hiperglicemia (F. S. Bastos, 2004).

Da aplicação deste questionário conseguimos depreender que esta amostra apresenta défices em questões relacionadas com a identidade da doença, nomeadamente causas, sintomas e falsas crenças. As perguntas que apresentaram



uma menor proporção de respostas corretas, ou seja, inferiores a 50%, foram (Quadro 3 – Apêndice VII):

- A Diabetes é causada pela dificuldade dos rins em manter a urina sem açúcar (23,7%);
- Tremores e suores são sinais de açúcar alto no sangue (26,3%);
- Comer muito açúcar e alimentos doces é a causa da diabetes (28,9%);
- Urinar frequentemente e sede são sinais de açúcar baixo no sangue (34,2%);
- Meias-calças elásticas, ou meias, apertadas não são prejudiciais para os diabéticos (39,5%);
- A melhor maneira de avaliar a sua Diabetes é fazendo testes à urina (47,4%);
- Uma hipoglicemia (baixa de açúcar no sangue) é provocada por muita comida (47,4%).

Em relação às causas e fisiopatologia da Diabetes, podemos observar que apenas duas perguntas têm uma percentagem mais elevada de respostas corretas, a primeira relacionada com o aumento do açúcar no caso de a doença não ser tratada, a segunda com a distinção em dois tipos de Diabetes, tipo 1 e tipo 2. Todas as outras questões refletem deficit de conhecimentos em relação a esta patologia.

No que diz respeito à cronicidade e hereditariedade, 78,9% aceita que a diabetes é uma doença crónica e 73,7% reconhece que a doença é hereditária.

No caso da hiperglicémia e hipoglicémia, o nível de açúcar no sangue de 210, é apontado pela maioria (92,1%) como sendo um valor alto, mas a percentagem de respostas corretas decresce significativamente quando inquiridos acerca dos sintomas e causas destas.

Podemos observar que no que concerne ao tratamento e gestão da Diabetes, persistem dúvidas em relação à melhor maneira de a avaliar, assim como quanto à importância da dieta e do exercício físico para a sua gestão.

Quanto às consequências da diabetes e precauções necessárias, todos os inquiridos reconhecem que devem ter cuidados especiais no corte das unhas dos pés, mas apresentam dúvidas acerca do uso de meias apertadas ou sobre o correto procedimento na desinfeção de uma ferida.

### **2.1.6 Problemas Identificados**

Os problemas identificados foram traduzidos em diagnósticos de enfermagem (CIPE versão 2015), que passamos a enunciar:

- *Deficit* no Autocuidado Atividade Física;
- *Deficit* no Autocuidado Alimentação Geral e Específica;
- *Deficit* no Autocuidado na vigilância dos Pés;
- *Deficit* de conhecimentos relacionado com a fisiopatologia da Diabetes;
- *Deficit* de conhecimentos relacionados com as causas da Diabetes;
- *Deficit* de conhecimentos relacionado com os sintomas de hÍper e hipoglicémia.

### **2.2 Determinação de Prioridades**

Após o diagnóstico de situação, na etapa de determinação de prioridades, utilizámos a técnica da grelha de análise (Anexo VI) para nos auxiliar no “processo de tomada de decisão (...) visando o planeamento, a pertinência dos planos, a utilização eficiente dos recursos e a otimização dos resultados a atingir” (Tavares, 1990, p. 83). Esta técnica parte dos seguintes critérios para a determinação de prioridades (Tavares, 1990):

1. Importância do problema;
2. Relação entre o problema e os fatores de risco;
3. Capacidade técnica de resolver o problema;
4. Exequibilidade do projeto ou da intervenção.

Para a concretização da definição das prioridades foi atribuída sucessivamente a classificação mais (+) e menos (-), aos critérios acima descritos, atribuindo um valor de recomendação de acordo com a grelha, correspondendo o 1 à prioridade máxima (Tavares, 1990).

Diagnósticos de Enfermagem	Critérios				Recomendação
	Importância do Problema	Relação Problema/ Fatores de Risco	Capacidade Técnica de Intervir	Exequibilidade da intervenção	
1. <i>Deficit</i> no Autocuidado Atividade Física	+	+	-	-	4
2. <i>Deficit</i> no Autocuidado Alimentação Geral e Específica	+	+	-	-	4
3. <i>Deficit</i> no Autocuidado na vigilância dos Pés	+	+	+	-	2
4. <i>Deficit</i> de conhecimentos relacionado com a fisiopatologia da Diabetes	+	+	+	+	1
5. <i>Deficit</i> de conhecimentos relacionados com as causas da Diabetes	+	-	+	+	5
6. <i>Deficit</i> de conhecimentos relacionado com os sintomas de h́per e hipoglicémia	+	+	+	+	1

Após a aplicação do método de priorização, obtivemos como problemas a intervir:

- 1) *Deficit* de conhecimentos relacionado com a fisiopatologia da Diabetes
- 2) *Deficit* de conhecimentos relacionado com os sintomas de h́per e hipoglicémia
- 3) *Deficit* no Autocuidado na vigilância dos Pés

De acordo com os critérios utilizados, considerámos que todos os problemas eram da maior importância já que, tanto um défice no autocuidado como um défice de conhecimentos têm impacto na evolução da doença e potencialmente no aparecimento de complicações evitáveis.

Antes de prosseguir para o próximo item da grelha, levámos em consideração as alternativas existentes na comunidade para responder a estes problemas.

No âmbito da atividade profissional integrámos o programa comunitário Diabetes em Movimento, o que permitiu a referenciação dos utentes que apresentaram critérios de elegibilidade para o referido programa. Tal permitiu uma resposta a este problema com uma solução disponível na comunidade, gratuita, motivante, testada, aplicada com segurança, e que possibilitou um acompanhamento por outros técnicos, nomeadamente um fisiologista do desporto, tendo ficado a cargo da mestrandia as sessões de educação para a saúde do grupo. Os utentes que não apresentaram critérios de inclusão foram encaminhados para consulta de atividade física, também disponível na unidade.

As questões inerentes à alimentação geral e específica não foram alvo de intervenção imediata, e serão abordadas em intervenções futuras, uma vez que uma real mudança de comportamentos leva um período de tempo a ser atingida que extrapola em muito o período de tempo delimitado para intervenção.

## **2.3 Fixação de Objetivos**

Segundo Imperatori e Giraldes (1986), objetivo é “o enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível de evolução de um problema que altera, em princípio, a tendência de evolução natural desse problema (...)” (Imperatori & Giraldes, 1986, p. 79). Este deve, estruturalmente, possuir algumas características (Tavares, 1990):

- Pertinência;
- Precisão;
- Possibilidade de ser realizado;
- Mensurabilidade.

De acordo com a literatura inglesa, a estas características podemos acrescentar o limite temporal, seguindo as indicações do acrónimo SMART (Specific, Measurable, Achievable, Realistic, Timebound) (Nunes, 2016).

Tavares (1990) refere que há cinco elementos sem os quais não poderá existir um objetivo:

- A natureza da situação desejada;
- Os critérios de sucesso ou de fracasso;
- A população alvo do projeto;
- O tempo em que deverá ser atingido.

Assim, o objetivo geral desta intervenção é:

- Capacitar a população idosa portadora de Diabetes tipo 2, inscrita numa UCSP, para o autocuidado, no período de setembro de 2018 a fevereiro de 2019.

Com vista à operacionalização do objetivo geral, foram definidos objetivos específicos, já que estes “o detalham nas suas diversas componentes, como forma de ser mais facilmente atingido” (Tavares, 1990, p. 119).

Assim, e levando em consideração os problemas priorizados, os objetivos específicos definidos foram os seguintes:

- i. Desenvolver os conhecimentos da população acerca da fisiopatologia da diabetes;
- ii. Desenvolver conhecimentos que permitam à população identificar os sinais e sintomas de hipoglicémia e hiperglicemia;
- iii. Sensibilizar a população para o autocuidado na vigilância dos pés.

De acordo com Imperatori e Giraldes (1986), a próxima fase na consecução desta etapa é a conversão dos objetivos específicos em objetivos operacionais ou metas (Imperatori & Giraldes, 1986). Uma meta é a expressão de um resultado desejável e tecnicamente exequível, traduzida em termos de indicadores de atividade (Tavares, 1990).

Os objetivos operacionais ou metas são:

1. Que pelo menos 80% da população intervencionada identifique onde é produzida a insulina e qual o seu papel.
2. Que pelo menos 80% da população intervencionada identifique dois sinais de híper e de hipoglicémia.
3. Que pelo menos 80% da população intervencionada realize corretamente a observação dos pés.

## **2.4 Seleção de Estratégias**

A etapa seguinte, de acordo com a metodologia do planeamento em saúde, é a seleção de estratégias que possibilitem atingir os objetivos propostos. Estratégia pode ser definida como “um conjunto de técnicas específicas, organizadas com o fim de alcançar um determinado objetivo” (Imperatori & Giraldes, 1986, p. 87).

O processo de definição de estratégias deve passar por vários passos (Tavares, 1990):

- 1- Estabelecer os critérios de conceção da estratégia;
- 2- Enumerar as modificações necessárias;
- 3- Esboçar estratégias potenciais.

A estratégia escolhida foi a educação para a saúde, utilizando uma abordagem individualizada.

A EpS pode ser entendida como “toda a atividade intencional conducente a aprendizagens relacionadas com saúde e doença [...], produzindo mudanças no conhecimento e compreensão e nas formas de pensar” (Tones e Tilford 1994 citado por Carvalho & Carvalho, 2006, p. 21). Permite que os indivíduos tomem decisões informadas, lidem mais eficazmente com a sua saúde e estilos de vida, e assumam maior responsabilidade pessoal pela sua saúde (Lancaster, Onega, & Forness, 1999).

De acordo com a teoria apresentada por Orem (Orem, 2001) o Sistema de Apoio-Educação é o mais adequado para melhorar os conhecimentos dos participantes, fornecendo a informação necessária ao autocuidado, já que os indivíduos são capazes de o fazer, não dispondo das ferramentas necessárias para tal. Com este sistema também é possível envolver o indivíduo no seu processo de doença e ir ao encontro do seu projeto de saúde, tornando-o no principal participante e decisor neste processo. No decorrer do processo de doença, os requisitos de cuidados de saúde e o papel instrumental do indivíduo como agente do autocuidado variam com os efeitos da doença, e com os métodos de tratamento e diagnóstico utilizados. Os cuidados de saúde são considerados eficazes ao nível da prevenção secundária quando os efeitos da doença são mantidos sob controlo, e as complicações são evitadas (Orem, 2001).

Neste contexto, os requisitos centrais para o autocuidado são a aprendizagem e o uso do conhecimento em ações de autocuidado, sejam elas internas ou externas ao indivíduo. O autocuidado requer aprendizagem, e o uso dos conhecimentos, motivação e competências específicas. O processo de aprendizagem inclui o desenvolvimento gradual de um repertório de práticas de autocuidado, bem como um conjunto de competências relacionadas (Orem, 2001).

O conhecimento do propósito e da importância do autocuidado proporciona a base para atribuir valor e significado na prática de um determinado percurso de autocuidado (Orem, 2001).

Para a realização das sessões de educação para a Saúde, baseámo-nos nos princípios da teoria cognitiva, já que esta “sustenta que mudando os padrões psicológicos e fornecendo informação, o comportamento dos utentes é alterado” (Lancaster et al., 1999, p. 269). O educador procura “fornecer informação de diversas maneiras que irão mudar as normas dos pensamentos dos ouvintes, atingindo, finalmente, mudanças comportamentais” (Lancaster et al., 1999, p. 269).

No sentido de orientar a transmissão de conhecimento, foram levados em consideração vários princípios pedagógicos, como os associados à natureza da aprendizagem (domínio cognitivo, domínio afetivo, domínio psicomotor), os assuntos para instrução ou as orientações para o educador (Lancaster et al., 1999).

O processo de aprendizagem significativa ocorre, de acordo com a teoria cognitivista, “por meio de conhecimentos já estabelecidos na estrutura cognitiva” e “por meio de suas experiências com o meio, ou seja, seus conhecimentos prévios”(Silva, Claro, & Mendes, 2017, p. 22695). Isto leva a que as novas experiências e informações possam ser aprendidas e retidas na memória “na medida em que esses conceitos se tornam significativos, pois estão claros e disponíveis na estrutura cognitiva do aluno e funcionam, dessa forma, como pontos de ancoragem para os novos conceitos e conhecimento” (Silva et al., 2017, p. 22695). Para que a aprendizagem seja significativa, foram considerados no processo de Educação para a Saúde os seguintes princípios psicopedagógicos, propostos por Zabala & Arnau, (2010):

1. Esquemas de conhecimento e conhecimentos prévios;
2. Vinculação profunda entre os novos conteúdos e os conhecimentos prévios;
3. Nível de desenvolvimento;



4. Zona de desenvolvimento proximal;
5. Disposição para a aprendizagem;
6. Relevância e funcionalidade dos novos conteúdos;
7. Atividade mental e conflito cognitivo;
8. Atitude favorável, sentido e motivação;
9. Autoestima, autoconceito e expectativas
10. Reflexão sobre a metacognição

Na ótica da Promoção da Saúde e tendo presente o *Empowerment* individual, e os cuidados centrados no indivíduo, o plano apresentado é apenas geral, sendo cada sessão individualizada, com espaço para a exposição de dúvidas e constrangimentos, e visando atingir, em conjunto, um plano realista e viável.

A evidência encontrada refere “a necessidade das intervenções terem maior centralidade na pessoa, no significado que atribui à doença, como esta é priorizada nas suas vidas, como a integra no seu sistema de significado ou na capacidade para fazer mudanças de estilo de vida adequadas (...)” (Cardoso et al., 2015). Isto porque promover a saúde é “aumentar o controlo que as pessoas têm sobre a sua saúde”, mas tal implica ter em atenção a “forma como elas definem os seus próprios objetivos de saúde”, e de como poderemos contribuir para a sua concretização (Laverack, 2008, p. 9). Assim, podemos afirmar que quanto mais conhecimento o cidadão possuir, melhor qualidade de vida poderá obter. Consequentemente, o cidadão torna-se “responsável pela sua própria saúde e da sociedade onde está inserido, tendo o dever de a defender e promover”(DGS, 2013, p. 27). Esta responsabilização é possível através do “reforço do poder e da responsabilidade do cidadão em contribuir para a melhoria da saúde individual e coletiva”, utilizando estratégias que permitam a “promoção de uma dinâmica contínua de desenvolvimento que integre a produção e partilha de informação e conhecimento (literacia em saúde), numa cultura de proatividade, compromisso e autocontrolo do cidadão (capacitação/participação ativa), para a máxima responsabilidade e autonomia individual e coletiva (*empowerment*)”(DGS, 2013, p. 28).

É reconhecido que os enfermeiros detêm um lugar privilegiado no seio da equipa multidisciplinar, devido às múltiplas oportunidades de conhecer as famílias, e respetivos os seus estilos de vida, aquando da satisfação das suas necessidades de saúde, que aliadas ao conhecimento que detêm acerca dos recursos na comunidade,



conferindo ao enfermeiro o papel de agente facilitador da mudança que se pretende efetuar (Carvalho & Carvalho, 2006). É da responsabilidade do enfermeiro contribuir para o aumento da participação do utente nos próprios cuidados, bem como no processo de decisão terapêutica, fornecendo-lhe toda a informação necessária para que este possa agir em conformidade. Isto é reforçado pela Ordem dos Enfermeiros (2018), no regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, onde está patente, como uma das competências específicas, a contribuição para o “processo de capacitação de grupos e comunidades”, através da participação em projetos de intervenção comunitária, da mobilização e integração de conhecimentos na área das ciências da comunicação e educação nos processos de capacitação das comunidades ou no uso de modelos e estruturas conceptuais do âmbito da promoção e educação para a saúde, traduzindo-as em abordagens ativas (Regulamento n.º 428/2018, 2018).

Tendo em conta todos estes fatores, delineámos as estratégias e atividades correspondentes, de acordo com os objetivos previamente estabelecidos (Apêndice VIII).

## **2.5 Preparação Operacional – Programação**

Após as etapas referidas anteriormente, torna-se necessário planear operacionalmente a execução do projeto. Nesta etapa devem ser especificadas as atividades constituintes do projeto, definidas em função dos objetivos operacionais estabelecidos (Tavares, 1990). Cada atividade a ser desenvolvida deve estar especificada de acordo com os seguintes parâmetros: o que deve ser feito, quem deve fazer, quando deve fazer, onde deve ser feito, como deve ser feito, avaliação da atividade, se possível o objetivo que pretende atingir e, eventualmente, o custo da atividade (Tavares, 1990). O plano operacional detalhado para cada atividade encontra-se em apêndice (Apêndice IX).

Passamos a descrever cada uma das atividades realizadas no sentido de dar resposta aos problemas priorizados:

### **Atividade 1 - Sessões Individuais de Educação para a Saúde – Conhecimentos Acerca da Diabetes**

Levando em linha de conta o desconhecimento da população acerca da fisiopatologia da Diabetes assim como dos sinais de Hiperglicemia e hipoglicemia, a estratégia escolhida foi a educação para a saúde através de sessões individuais, que decorreram durante o mês de janeiro de 2019. A abordagem individualizada foi a que nos pareceu mais adequada, quer pela necessidade de adaptar e personalizar a intervenção, quer pela dificuldade em encontrar uma data conveniente a todos os participantes, sendo ambas as condicionantes decorrentes do facto de a maioria dos participantes se encontrarem no programa Diabetes em Movimento com sessões três vezes por semana e, como tal, terem acesso a sessões de grupo com as mesmas temáticas. Foi elaborado um plano operacional para estas sessões, em Apêndice (Apêndice X). Os utentes foram convocados telefonicamente, e a sessão individual foi realizada num gabinete da UCSP, designado para ao efeito.

### **Atividade 2 - Sessões Individuais de Educação para a Saúde – Autocuidado na Observação dos Pés**

Um dos problemas observados referia-se ao autocuidado na observação dos pés. Devido à impossibilidade de alterar comportamentos no espaço de tempo disponível, optámos por capacitar os utentes para o autocuidado, procurando sensibilizá-los para a importância da realização desta ação. A estratégia escolhida foi a educação para a saúde através de sessões individuais, que decorreram durante o mês de janeiro de 2019.

Foi elaborado um plano operacional para estas sessões, em Apêndice (Apêndice XI), tendo os utentes sido convocados telefonicamente, e a sessão individual sido realizada num gabinete da UCSP, atribuído para o efeito.

### **Folheto informativo**

Com vista a auxiliar a consecução das consultas de enfermagem referentes a estes temas, e com base nos défices de conhecimentos apurados, elaborámos dois folhetos informativos, procurando de forma simples e concisa reunir a informação relevante, para que esta não fosse esquecida em casa (Apêndice XII e XIII).

Os folhetos foram elaborados com grafismo simples, tendo sido dada especial atenção à sua legibilidade, quer através do tamanho de letra utilizado, quer pelos espaços em branco, com vista a facilitar a leitura. O uso de imagens também foi criterioso, com o objetivo de melhor veicular a informação importante, e minimizando a possibilidade de dispersão visual. A simplicidade do grafismo também contribui para que a sua reprodução possa ser feita através de fotocópia a preto e branco, algo que se adequa mais facilmente aos recursos disponíveis na unidade de saúde.

### **Outras atividades desenvolvidas**

No decorrer deste estágio foram desenvolvidas outras atividades, que embora tenham sido realizadas a título profissional, razão pela qual a sua descrição na íntegra não tem lugar neste relatório, prestaram uma contribuição importante para a realização desta intervenção, tornando assim relevante que sejam mencionadas.

No decorrer deste estágio foi implementada a consulta de enfermagem à pessoa com Diabetes na UCSP, numa primeira fase implementada pela mestranda, e posteriormente alargada a mais dois elementos da equipa de enfermagem.

Foram também realizadas duas reuniões importantes com a equipa alargada da UCSP: uma inicial, onde foi apresentado este projeto de intervenção comunitária, e outra coincidente com o final do estágio, onde foram apresentados os resultados da intervenção ao grupo selecionado, bem como as propostas para dar continuidade ao trabalho desenvolvido. Estas reuniões contribuíram para demonstrar os resultados e sublinhar a importância, não só do alargamento destas intervenções a todas as pessoas com Diabetes inscritas na UCSP, mas também do desenvolvimento de outras intervenções complementares no futuro.

Com vista a aumentar os conhecimentos acerca da prevenção do pé diabético, a mestranda frequentou o curso de Pé Diabético, ministrado no Hospital Curry Cabral, curso que representou uma mais valia durante a intervenção.

Por fim o ingresso no programa Diabetes em Movimento, programa de intervenção comunitária, permitiu dar resposta a alguns dos problemas encontrados na população e o desenvolvimento de educação para a saúde em grupo, acerca de várias temáticas relacionadas com a gestão da Diabetes tipo 2, incluindo as selecionadas para intervenção.

No âmbito da atividade profissional integrámos o programa comunitário Diabetes em Movimento, que permitiu dar resposta a alguns dos problemas encontrados na população e o desenvolvimento de educação para a saúde em grupo, acerca de várias temáticas relacionadas com a gestão da Diabetes tipo 2, incluindo as selecionadas para intervenção.

Esta solução disponível à comunidade, gratuita, motivante, testada, aplicada com segurança, e que possibilitou um acompanhamento por outros técnicos, nomeadamente um fisiologista do desporto, tendo ficado a cargo da mestrandia as sessões de educação para a saúde do grupo. Os utentes que não apresentaram critérios de inclusão foram encaminhados para consulta de atividade física, também disponível na unidade.

## **2.6 Avaliação e Controlo**

A última etapa do processo de planeamento em saúde é a avaliação, etapa que se revela essencial na averiguação da eficácia e adequação das estratégias implementadas. Tem como função “determinar o grau de sucesso na consecução de um objetivo, mediante a elaboração de um julgamento baseado em critérios e normas” (Tavares, 1990, p. 205). A avaliação “deve basear-se em informações pertinentes, sensíveis e fáceis de obter” (Imperatori & Giraldes, 1986, p. 174).

As avaliações podem ser classificadas em vários tipos, sendo uma das classificações mais utilizadas a de Donabedian (1980), que as divide em avaliações de estrutura, de processo, e de resultados (Imperatori & Giraldes, 1986).

Levando em consideração o limite de tempo disponível para a implementação deste projeto, assim como alguns constrangimentos observados no decorrer do mesmo, apenas foi possível definir indicadores de processo ou atividade, não tendo sido possível avaliar indicadores que aferissem o impacto dos resultados.

### **Atividade 1 - Sessões Individuais de Educação para a Saúde – Conhecimentos Acerca da Diabetes**

Para esta atividade foram definidos indicadores de processo, descritos no Apêndice XIV. Num total de 38 utentes selecionados, e convocados telefonicamente para esta intervenção, foram realizadas 36 sessões individuais. Concluímos assim

que a adesão foi de 94,74%. As duas ausências constatadas ficaram a dever-se ao facto de uma das participantes ter desenvolvido défices motores graves durante o período da intervenção, bem como ao óbito de outra das participantes. Verificou-se que destes, a grande maioria respondeu corretamente às questões formuladas no fim da sessão (97%), razão pela qual consideramos que foram atingidos os objetivos propostos.

### **Atividade 2 - Sessões Individuais de Educação para a Saúde – Autocuidado na Observação dos Pés**

À semelhança da atividade anterior, foram definidos indicadores de processo, descritos no Apêndice XIV. Num total de 38 utentes selecionados para esta intervenção, foram realizadas 36 sessões individuais. Concluimos assim que a adesão foi de 94,74%. As razões para a ausência de dois participantes foram explicadas na atividade anterior. A totalidade dos participantes realizou a observação dos pés corretamente (100%), pelo que consideramos que foram atingidos os objetivos propostos.

### **3. LIMITAÇÕES DO PROJETO**

Durante a realização deste percurso, muitas foram as dificuldades e obstáculos encontrados que, apesar de enriquecerem esta experiência e promoverem a obtenção de novas experiências e competências, revelaram-se como limitações à sua execução.

Destacamos desde já o fator tempo, que tanto pesou na conceção desta intervenção comunitária. Devido ao período de tempo definido para o projeto, as intervenções tiveram que ser planeadas e executadas com a devida adaptação ao limite temporal definido, sendo impossível a aplicação de indicadores de resultado. Este foi ainda agravado pela demora na obtenção da aprovação pela comissão de ética, o que condicionou inúmeros ajustes ao plano inicial e limitou substancialmente a amostragem, impossibilitando qualquer extrapolação dos dados obtidos.

O instrumento escolhido para diagnóstico de situação, revelou-se outro desafio, uma vez que sendo de autorresposta, apresenta-se subjetivo no que concerne às atividades que as pessoas realizam ou não. Acresce o facto de ter sido entregue pela mestrandia em contexto de consulta de diabetes, o que poderá ter condicionado a sua resposta ao que seria desejável, e não ao que acontece na realidade.

Quanto aos problemas não priorizados, destacamos o autocuidado com a alimentação, questão que será abordada em futuras consultas com estes utentes.

#### **4. REFLEXÃO SOBRE AS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS**

No decorrer da elaboração deste projeto de intervenção comunitária, novos saberes foram adquiridos e desenvolvidos, outros foram sedimentados.

Portugal, sendo um dos países signatários do Quadro de Bolonha, comprometeu-se a alinhar o seu quadro de qualificações para o ensino superior, comprometendo-se a autocertificar esta compatibilidade, indo ao encontro dos critérios e procedimentos estabelecidos no Relatório do Grupo de Trabalho do Quadro de Qualificações, ou seja, de acordo com os Descritores de Dublin. Assim, o sistema nacional de graus e diplomas do ensino superior, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de março, alterado pelo Decreto-Lei n.º 107/2008, de 25 de junho e Decreto-Lei n.º 230/2009, de 14 de setembro, estabelece que o grau de mestre é atribuído aos que demonstrem:

- a) possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível em que, baseando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde e sejam capazes de desenvolver e aplicar esse conhecimento em situações originais, muitas vezes em contexto de investigação;
- b) saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;
- c) possuir a capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;
- d) ser capazes de comunicar as suas conclusões e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;
- e) possuir competências de aprendizagem que lhes permitam beneficiar de uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente autoorientado ou autónomo.

O percurso realizado no âmbito deste mestrado visou atingir estas competências através do trabalho desenvolvido e da reflexão presente nos momentos de aprendizagem, dentro e fora do contexto escolar.

Como ponto de partida para este trabalho, foi realizada uma revisão da literatura, utilizando uma metodologia *Scoping*, que contribuiu para “desenvolver e aplicar ideias num contexto de investigação, integrar conhecimento e lidar com a complexidade na formulação de julgamentos, e aumentar o campo de conhecimentos de forma autónoma e independente” (Joint Quality Initiative, 2004). A execução da intervenção possibilitou uma considerável ampliação de conhecimentos, no sentido de vir dar resposta às solicitações da população intervencionada, mas também com o intuito de elevar o conhecimento acerca desta população através do diagnóstico de situação, seguindo uma metodologia científica.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros, o Enfermeiro Especialista detém conhecimento aprofundado num domínio específico de Enfermagem. No caso específico de Enfermagem Comunitária na área de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, tem como alvo de intervenção a comunidade, e dirige-se aos projetos de saúde dos grupos a vivenciar processos de saúde/doença, processos comunitários e ambientais com vista à promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença, readaptação funcional e reinserção social em todos os contextos de vida. Os seus cuidados especializados têm o foco da sua atenção nas respostas humanas aos processos de vida, e aos problemas de saúde de grupos, comunidade e população, designadamente através do desenvolvimento de programas de intervenção, com vista não só à capacitação e *empowerment* das comunidades na consecução de projetos de saúde coletiva, mas também ao exercício da cidadania (Ordem dos Enfermeiros, 2017).

Caminhamos para cuidados de saúde cada vez mais complexos, como decorrência de uma população mais envelhecida e com multimorbilidade, sendo possível ainda constatar uma maior qualidade nos cuidados de saúde, fruto de cidadãos mais informados e participativos. É esperado que os profissionais de saúde incrementem “a prestação de cuidados individualizados e personalizados, com a participação do cidadão no processo de decisão terapêutica” e que considerem “o contexto socioeconómico e cultural e adequar os cuidados de saúde à realidade do cidadão, família e comunidade, incorporando os princípios de medicina humanizada,



holística e trabalhando aspetos da aliança e da adesão terapêutica” (DGS, 2015, p. 34).

Esta expectativa vai ao encontro da definição de Enfermeiro Especialista emanada pela Ordem dos Enfermeiros Portugueses (2010), que afirma que Especialista é

“o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção” (p. 2)

envolvendo as dimensões da “educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança e inclui a responsabilidade de descodificar, disse minar e levar a cabo investigação relevante, que permita avançar e melhorar a prática da enfermagem” (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p. 2). É ainda acrescentado que os domínios de competências são a “responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais” (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p. 3).

A problemática escolhida, Diabetes *Mellitus*, é uma doença crónica cada vez mais frequente na nossa sociedade, e a sua importância na população envelhecida assume outros contornos, já que o diagnóstico de diabetes representa um maior risco de morte prematura, funcionalidade reduzida, perda de massa muscular acelerada e coexistência de outras doenças como a hipertensão arterial e doença cardíaca nos indivíduos com idade superior a 65 anos (American Diabetes Association, 2018). O enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública encontra-se numa posição privilegiada para contribuir para a gestão desta problemática, pois detém um “entendimento profundo sobre os determinantes dos problemas de saúde de grupos ou de uma comunidade na conceção do diagnóstico de saúde” aliado ao conhecimento “da complexidade da dinâmica comunitária e a sua transformação”, da identificação precoce de “problemas potenciais nos grupos/alvo, definindo intervenções antecipatórias, tendo em conta a gestão de risco” e através da “referência para outros profissionais/organizações, de acordo com os respetivos mandatos sociais dos diferentes parceiros comunitários” (Ordem dos Enfermeiros, 2017). Isto permite uma visão mais alargada quer do problema, quer dos meios

necessários e existentes para a sua resolução, otimizando recursos e facilitando o exercício de autonomia e cidadania dos utentes.

No decorrer deste trabalho foi possível implementar a metodologia de planeamento em saúde, a elaboração de diagnóstico de saúde de uma população, o estabelecimento das prioridades em saúde, a definição de estratégias para o processo de capacitação, incluindo a educação e a literacia em saúde, de acordo com a competência específica “estabelece, com base na metodologia de Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade” (Regulamento n.º 428/2018, 2018).

Na fase de execução deste projeto, mobilizando o referencial de Orem (2001) e aplicando os princípios pedagógicos para uma aprendizagem significativa, foram realizadas sessões de educação para a saúde ao grupo selecionado, e contribuindo assim “para o processo de capacitação de grupos e comunidades” (Regulamento n.º 428/2018, 2018).

Aquando da execução das consultas realizadas neste âmbito, foram referenciados para outros programas e projetos os utentes que com isso fossem obter mais valias, pelo que agindo em parceria, se procurou capacitar para a “consecução de projetos de saúde e ao exercício da cidadania” (Regulamento n.º 428/2018, 2018) deste grupo.

## **5. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A Diabetes, doença crónica em rápido crescimento nos dias de hoje, é uma das doenças prioritárias nas agendas mundiais, quer pelos prejuízos para a saúde dos indivíduos, quer pelos gastos que representa nos orçamentos dos vários países. Pelas suas características, pode ser evitada e os seus efeitos nefastos na saúde adiados por intervenções que possibilitem um melhor estilo de vida. No caso particular dos doentes já diagnosticados, as medidas de autocuidado contribuem, a par com uma boa gestão do regime medicamentoso, para uma maior qualidade de vida, e para menores complicações decorrentes da diabetes. Para que o autocuidado seja eficaz, é da maior importância que os indivíduos possuam conhecimentos, estratégias de *coping* e acesso aos cuidados de saúde, permitindo um acompanhamento que, tal como a doença, seja para o resto da vida.

O enfermeiro encontra-se numa posição privilegiada para apoiar iniciativas na comunidade e nos serviços de saúde, quer através da educação e informação, quer ao facultar o acesso a serviços de saúde, tais como o aconselhamento nutricional ou a promoção de atividade física, criando um ambiente no qual as escolhas saudáveis se encontrem facilitadas.

O enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária, ao ter como foco de cuidados os indivíduos, respetivas famílias e grupos inseridos numa comunidade, possui uma visão mais abrangente, não só ao nível de cuidados especializados e baseados na evidência disponível, mas também ao nível dos recursos disponíveis na comunidade. Isto exige um reconhecimento da complexidade da dinâmica comunitária e desenvolvimento de esforços no sentido da sua transformação, reconhecimento esse que deve ser levado em consideração aquando do planeamento, bem como na concretização das intervenções, dirigindo-as aos problemas encontrados, e identificando assim precocemente potenciais problemas nos grupos-alvo, o que possibilita a definição de intervenções antecipatórias.

A metodologia do processo de planeamento em saúde revela-se uma ferramenta primordial na temática abordada, ao permitir a elaboração do diagnóstico de saúde de uma comunidade, o estabelecimento das prioridades em saúde, a definição de estratégias para o processo de capacitação, incluindo a educação e a literacia em saúde.

Assim este trabalho permitiu aplicar esta metodologia, tão relevante nos Cuidados de Saúde Primários e que, apesar de em pequena escala, permitiu uma melhor estruturação e gestão dos recursos disponíveis, contribuindo para a melhoria dos cuidados prestados.

O modelo teórico escolhido, A Teoria do Défice do Autocuidado de Orem, possibilitou o enquadramento das atividades desenvolvidas, contribuindo para a reflexão acerca da Enfermagem Avançada e da prática diária de cuidados, sublinhando a importância de um modelo norteador para a sua estruturação.

O percurso desenvolvido revelou-se pleno de momentos de crescimento e aprendizagem, consolidando em experiência a teoria ministrada no decorrer deste mestrado, e contribuindo para uma melhoria no desempenho profissional futuro.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Diabetes Association. (2018). Older adults: Standards of medical care in diabetes. *Diabetes Care*, 41(Supplement 1), S119–S125. <https://doi.org/10.2337/dc18-S011>
- Associação Médica Mundial. (2013). *Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial*. Helsínquia. <https://doi.org/https://www.ua.pt/file/48665>
- Bastos, F. S. (2004). *Adesão e gestão do regime terapêutico do diabético tipo 2: Participação das esposas no plano educacional*. (Tese de Mestrado). Universidade do Porto.
- Bastos, F., Severo, M., & Lopes, C. (2007). Propriedades psicométricas da escala de autocuidado com a diabetes traduzida e adaptada. *Acta Medica Portuguesa*, 20(1), 11–20.
- Cardoso, A. F., Queirós, P., & Ribeiro, C. F. (2015). Intervenções para a aquisição do autocuidado terapêutico da pessoa com diabetes mellitus: revisão sistemática da literatura. *Revista Portuguesa de Saude Publica*, 33(2), 246–255. <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2015.04.001>
- Carmo, H., & Ferreira, M. M. (1998). *Metodologia da investigação: Guia para auto-aprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Carvalho, A., & Carvalho, G. (2006). *Educação para a saúde: Conceitos, práticas e necessidades de formação*. Loures: Lusociência.
- CML. (2013). Freguesia da Estrela. Retrieved April 23, 2018, from [http://www.cm-lisboa.pt/fileadmin/MUNICIPIO/Reforma\\_Administrativa/Juntas\\_de\\_Freguesia/JF\\_Estrela.pdf](http://www.cm-lisboa.pt/fileadmin/MUNICIPIO/Reforma_Administrativa/Juntas_de_Freguesia/JF_Estrela.pdf)
- Conselho Internacional dos Enfermeiros. (2010). *Servir a comunidade e garantir a qualidade: os enfermeiros na vanguarda dos Cuidados de Saúde Primários*. (Ordem dos Enfermeiros, Ed.). Ordem dos Enfermeiros.
- Davis, T. C. (2018). Diabetes status is linked to low health literacy: Implications for health system. *Journal of Diabetes and Its Complications*, 32(4), 355–356. <https://doi.org/10.1016/j.jdiacomp.2018.01.009>
- DGS. (2005). *Programa Nacional de Combate à Obesidade*. Lisboa. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- DGS. (2011a). Norma 002/2011 - Diagnóstico e Classificação da Diabetes Mellitus. Lisboa: Direcção Geral da Saúde.

- DGS. (2011b). Norma 020/2011 - Hipertensão Arterial: definição e classificação. <https://doi.org/10.1007/BF02977883>
- DGS. (2013). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016. Direcção Geral da Saúde*. Lisboa: Direcção Geral da Saúde. Retrieved from <http://pns.dgs.pt/pns-versao-completa/>
- DGS. (2015). Plano Nacional de Saúde: revisão e extensão a 2020, 38. Retrieved from <http://pns.dgs.pt/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf>
- DGS. (2017). *Programa Nacional Para a Diabetes*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Espanha, R., Mendes, R. V., & Fernandes, J. (2016). *Literacia em saúde em Portugal-relatório síntese*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Feil, D. G., Zhu, C. W., & Sultzer, D. L. (2012). The relationship between cognitive impairment and diabetes self-management in a population-based community sample of older adults with Type 2 diabetes. *Journal of Behavioral Medicine*, 35(2), 190–199. <https://doi.org/10.1007/s10865-011-9344-6>
- Fortin, M.-F. (1999). *O processo de investigação: Da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- George, J. B. (2000). *Teorias de Enfermagem - Os Fundamentos à Prática Profissional* (4th ed.). Porto Alegre: Artmed Editora.
- Godinho, N. (2018). *Guia Orientador para a Elaboração de Trabalhos Escritos, Referências Bibliográficas e Citações*. Lisboa: Escola de Enfermagem de Lisboa - Centro de Documentação e Biblioteca.
- Gucciardi, E., Demelo, M., Offenheim, A., Grace, S. L., & Stewart, D. E. (2007). Patient factors associated with attrition from a self-management education programme. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 13(6), 913–919. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2006.00773.x>
- Herre, A. J., Graue, M., Kolltveit, B.-C. H., & Gjengedal, E. (2016). Experience of knowledge and skills that are essential in self-managing a chronic condition - a focus group study among people with type 2 diabetes. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 30(2), 382–390. <https://doi.org/10.1111/scs.12260>
- IDF. (2011). *Global Diabetes Plan 2011-2021*. Brussels: International Diabetes Federation.
- IDF. (2012). *Global Guideline for Type 2 Diabetes*. (International Diabetes Federation, Ed.). Brussels: International Diabetes Federation.

- IDF. (2013). *Managing Older People with Type 2 Diabetes*. Bruxelas: IDF.  
<https://doi.org/10.1016/j.diabres.2014.03.005>
- IDF. (2017a). *IDF clinical practice recommendations for managing type 2 diabetes in primary care*. Brussels: International Diabetes Federation.  
<https://doi.org/10.1016/j.diabres.2017.09.002>
- IDF. (2017b). *IDF Diabetes Atlas Eighth Edition 2017. International Diabetes Federation* (8th ed.). International Diabetes Federation.  
<https://doi.org/10.1016/j.diabres.2009.10.007>
- Imperatori, E., & Giraldes, M. do R. (1986). *Metodologia do Planeamento da Saúde: Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais* (2nd ed.). Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- INE. (2011). Censos 2011. Retrieved April 24, 2018, from [http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=censos\\_quadros](http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=censos_quadros)
- Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. (2016). *1º Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico (INSEF 2015): Estado de Saúde*. Lisboa.
- Joint Quality Initiative. (2004). *Shared “Dublin” descriptors for the Bachelor’s, Master’s and Doctoral awards*. Dublin.
- Lancaster, J., Onega, L., & Forness, D. (1999). Teorias, Modelos e Princípios Educacionais Aplicados à Enfermagem Comunitária. In *Enfermagem Comunitária* (4th ed., pp. 265–284). Lisboa: Lusociência.
- Laverack, G. (2008). *Promoção da Saúde: Poder e Empoderamento*. Loures: Lusodidacta.
- Mosley, C. M., & Taylor, B. J. (2017). Integration of Health Literacy Content Into Nursing Curriculum Utilizing the Health Literacy Expanded Model. *Teaching and Learning in Nursing*, 12(2), 109–116. <https://doi.org/10.1016/j.teln.2016.12.005>
- Nunes, M. L. (2016). *Cartilha Metodológica do Planeamento em Saúde e as Ferramentas de Auxílio*. Lisboa: Chiado Editora.
- Observatório Nacional da Diabetes. (2016). *Diabetes: Factos e Números – O Ano de 2015*. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Diabetologia.
- OECD. (2017). Diabetes Prevalence. In *Health at a Glance 2017: OECD Indicators* (pp. 66–67). Paris: OECD Publishing.
- Ordem dos Enfermeiros. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (2010). Diário da República 2.ª série — N.º 35 — 18 de Fevereiro de 2011.



- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados de Enfermagem Comunitária. *Assembleia Extraordinária Do Colégio Da Especialidade de Enfermagem Comunitária*.
- Orem, D. E. (2001). *Nursing : concepts of practice* (6th ed.). St. Louis: Mosby.
- Quartuccio, M., Simonsick, E. M., Langan, S., Harris, T., Sudore, R. L., Thorpe, R., ... Kalyani, R. R. (2018). The relationship of health literacy to diabetes status differs by sex in older adults. *Journal of Diabetes and Its Complications*, 32(4), 368–372. <https://doi.org/10.1016/j.jdiacomp.2017.10.012>
- Regulamento n.º 428/2018. (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar. *Diário Da República, 2ª Série (N.º 135 - 16 de Julho de 2018)*, 19354–19359. Retrieved from <https://dre.pt/application/conteudo/115698616>
- RNAO. (2010). Strategies to Support Self-Management in Chronic Conditions: Collaboration with Clients. *Clinical Best Practice Guidelines*.
- Saeed, H., Saleem, Z., Naeem, R., Shahzadi, I., & Islam, M. (2018). Impact of health literacy on diabetes outcomes: a cross-sectional study from Lahore, Pakistan. *Public Health*, 156, 8–14. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2017.12.005>
- Silva, W. da, Claro, G. R., & Mendes, A. P. (2017). Aprendizagem Significativa e Mapas Conceituais. *XIII CONGRESSO NACIONAL DE EDUCAÇÃO*.
- Smalls, B. L., Gregory, C. M., Zoller, J. S., & Egede, L. E. (2015). Assessing the relationship between neighborhood factors and diabetes related health outcomes and self-care behaviors. *BMC Health Services Research*, 15(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-1086-7>
- Song, M., Lee, M., & Shim, B. (2010). Barriers to and facilitators of self-management adherence in Korean older adults with type 2 diabetes. *International Journal of Older People Nursing*, 5(3), 211–218. <https://doi.org/10.1111/j.1748-3743.2009.00189.x>
- Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde. Departamento de Recursos Humanos da Saúde. Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional.
- The Joanna Briggs Institute. (2015). *The Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual*



2015. Adelaide: The Joanna Briggs Institute.  
<https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>

Tomlin, A., & Asimakopoulou, K. (2014). Supporting behaviour change in older people with type 2 diabetes. *British Journal of Community Nursing*, 19(1), 22–27.  
<https://doi.org/10.12968/bjcn.2014.19.1.22>

WHO. (2016). *Global Report on Diabetes*. Geneva. [https://doi.org/ISBN 978 92 4 156525 7](https://doi.org/ISBN%20978%2041565257)

Zabala, A., & Arnau, L. (2010). Como aprender e ensinar competências. *Como Aprender e Ensinar Competências*. São Paulo: Artmed Editora.  
<https://doi.org/10.5212/PraxEduc.v.6i1.0012>

## **APÊNDICES**

## **Apêndice I – Protocolo Revisão Scoping**

## **Protocolo Revisão *Scoping***

A Revisão *Scoping* é realizada com o objetivo de mapear a evidência disponível. Podem ser conduzidas para examinar áreas amplas, identificar lacunas na evidência, esclarecer conceitos-chave e relatar os tipos de evidências que abordam e informam a prática de uma área temática. Podem ser usadas para mapear evidência em relação ao tempo (quando foi publicado), localização (país), fonte (revisão por pares ou literatura cinzenta) e / ou origem. Terá um “foco” mais amplo, com critérios de inclusão menos restritivos (The Joanna Briggs Institute, 2015). Seguindo esta metodologia, este protocolo de revisão encerrou várias etapas:

1. Identificação Questão de Investigação;
2. Identificação Estudos Relevantes;
3. Seleção Estudos;
4. Mapeamento dos Dados;
5. Agregação, Sumarização e Relato dos Resultados.

Passamos a descrever o protocolo realizado.

## **AUTOCUIDADO NA POPULAÇÃO IDOSA PORTADORA DE DIABETES MELLITUS TIPO 2 EM CONTEXTO COMUNITÁRIO**

### **RESUMO**

**Problemática:** A crescente prevalência de Diabetes, em especial do tipo 2, levanta questões acerca da melhor forma de gerir esta doença, onerosa para o próprio e para os sistemas de saúde. Ao longo dos últimos anos o autocuidado tem sido apresentado como uma estratégia eficaz, especialmente quando apoiado pelas equipas de saúde. A população idosa apresenta características condicionantes a este autocuidado, quer pela multimorbilidade, quer pela complexidade do regime terapêutico decorrente desta. Compreender o que condiciona o autocuidado nesta população permitirá adaptar as estratégias existentes às especificidades desta população, melhorando a qualidade dos cuidados.

#### **Objetivos:**

- i. Mapear a literatura existente acerca das condicionantes do autocuidado na população idosa portadora de Diabetes *Mellitus* tipo 2 num contexto comunitário.
- ii. Identificar estratégias que permitam melhorar o autocuidado e gestão da doença na população idosa diagnosticada com Diabetes *Mellitus* tipo 2.

**Pergunta de Pesquisa:** O que condiciona o autocuidado na população portadora de Diabetes *Mellitus* tipo 2 com mais de 65 anos em contexto comunitário?

**Estratégia de Pesquisa:** A pesquisa foi efetuada através do motor de busca EBSCOhost, nas bases de dados CINAHL Plus with Full Text e MEDLINE with Full Text.

**Resultados:** dos 87 artigos obtidos foram analisados 19 estudos que correspondiam aos critérios de inclusão.

**Palavras Chave:** Diabetes tipo 2; Idosos; Autocuidado; Comunidade

## BACKGROUND

Dados referentes a 2015 referem que a prevalência estimada da Diabetes na população portuguesa com idades compreendidas entre os 20 e os 79 anos é de mais de 1 milhão, o que corresponde a um crescimento na ordem dos 13,5%. No mesmo ano, na Rede de Cuidados de Saúde Primários do SNS de Portugal Continental, encontravam-se registados 846 955 utentes com Diabetes, num universo de 12 470 910 utentes registados (Observatório Nacional da Diabetes, 2016).

A Diabetes é a principal causa de cegueira, insuficiência renal e amputação de membros inferiores em praticamente todos os países desenvolvidos e constitui, atualmente, uma das principais causas de morte, por implicar um risco significativamente aumentado de doença coronária e de acidente vascular cerebral. Constitui, a par do sofrimento humano que as complicações relacionadas com a doença causam nas pessoas com Diabetes e nos seus familiares, uma enorme parte dos custos económicos para os cuidados de saúde, a perda de rendimentos e os custos económicos para a sociedade em geral, a perda de produtividade e os custos associados às oportunidades perdidas para o desenvolvimento económico (Observatório Nacional da Diabetes, 2016).

Evidência proveniente de ensaios clínicos realizados tanto em países desenvolvidos como nos países em desenvolvimento demonstram que uma grande proporção de diabetes tipo 2 pode ser prevenida ou significativamente atrasada com a redução dos principais fatores de risco, a inatividade física e a nutrição inadequada ou em excesso (IDF, 2011).

A Diabetes *Mellitus* tipo 2 requer autogestão ativa, por forma a prevenir complicações como retinopatia, neuropatia, nefropatia ou doenças cardiovasculares. O objetivo dos comportamentos de autogestão é a mudança de estilos de vida, nomeadamente ao nível da alimentação, da atividade física e do regime terapêutico, fatores que contribuem para alcançar um melhor controlo glicémico (Tomlin & Asimakopoulou, 2014). A autogestão refere-se à capacidade do indivíduo para gerir os sintomas, o tratamento, as consequências psicossociais e as mudanças de estilo de vida inerentes à vida com uma condição crónica (IDF, 2012). Também exige que a pessoa seja proficiente num conjunto de competências de autocuidado, tais como a monitorização da glicemia ou o exame do pé (IDF, 2012). Acompanhado de

medicação, o autocuidado é a chave para a gestão eficaz da Diabetes, com vista à prevenção ou protelação das complicações a ela relacionadas, e à manutenção de uma boa qualidade de vida (Tomlin & Asimakopoulou, 2014). Há forte evidência de que o autocuidado, particularmente quando acompanhado por profissionais de saúde, pares, família e amigos, se traduz em benefícios reais para a pessoa com diabetes tipo 2. Isto exige educação, confiança, motivação e competências para a resolução de problemas, possibilitando assim a aplicação dos comportamentos aprendidos, e permitindo adotar estratégias de *coping* benéficas. Estes comportamentos devem ser regulares e sustentados (Tomlin & Asimakopoulou, 2014).

A Diabetes *Mellitus* é uma doença crónica cada vez mais frequente na nossa sociedade e a sua prevalência aumenta consideravelmente com a idade, atingindo ambos os sexos e todos os grupos etários. No entanto a sua importância na população envelhecida assume outros contornos, já que o diagnóstico de diabetes representa um maior risco de morte prematura, funcionalidade reduzida, perda de massa muscular acelerada e coexistência de outras doenças, tais como a hipertensão arterial e doença cardíaca nos indivíduos com idade superior a 65 anos (American Diabetes Association, 2018).

## **Objetivos / Questão**

Esta investigação pretendeu responder à questão de pesquisa: O que condiciona o autocuidado na população portadora de Diabetes *Mellitus* tipo 2 com mais de 65 anos em contexto comunitário? Esta foi formulada de acordo com a mnemónica PCC (População, Contexto e Conceito).

Teve como objetivos mapear a literatura existente acerca das condicionantes do autocuidado na população idosa portadora de Diabetes *Mellitus* tipo 2 num contexto comunitário e identificar estratégias que permitam melhorar o autocuidado e gestão da doença na população idosa diagnosticada com Diabetes *Mellitus* tipo 2.

## **Critérios Inclusão**

Foram Incluídos apenas textos em português, inglês e espanhol por serem as línguas dominadas. Apenas foram considerados artigos com população acima de 65 anos.

Por questões de limite de recursos para a realização deste protocolo, foram excluídos os estudos sem texto integral disponível, já que não é possível solicitar ou adquirir os que não reúnem estas condições.

## Estratégia Pesquisa

A pesquisa foi realizada no período de abril de 2018, tendo sido adotada uma estratégia de pesquisa em 3 fases.

Na primeira fase, realizou-se uma pesquisa nas bases de dados Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) e Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) que possibilitou a identificação das palavras chave e termos de indexação.

Na segunda fase, realizou-se a pesquisa nas referidas bases de dados (CINAHL Plus with Full Text e MEDLINE with Full Text), através do motor de busca EBSCOhost, no dia 23 de Abril de 2018. Os termos de busca (descritores MeSH) utilizados na pesquisa booleana foram (MH "Diabetes Mellitus, Type 2+"), (MH "Self Care+"), "self care agency", "self management", (MH "Community Health Centers+"), (MH "Community Health Nursing+") e "community", de acordo com o quadro 1.

**Quadro 1** – Mnemónica PCC e Palavras Chave

<b>Mnemónica PCC</b>	<b>Palavras Chave Português</b>	<b>Palavras Chave Inglês</b>
<b>População</b>	Diabetes Mellitus tipo 2	Diabetes Mellitus, Type 2
<b>AND</b>		
<b>Conceito</b>	Autocuidado	Self-Care <b>OR</b> Self-Care Agency <b>OR</b> Self-management
<b>AND</b>		
<b>Contexto</b>	Comunidade Cuidados de Saúde Primários	Community Health Centers <b>OR</b> Community Health Nursing <b>OR</b> Community

A terceira fase consistiu na pesquisa de referências bibliográficas da literatura relevante com vista a encontrar estudos adicionais.

A seleção dos estudos foi feita tendo em consideração os critérios de inclusão e exclusão previamente estabelecidos.

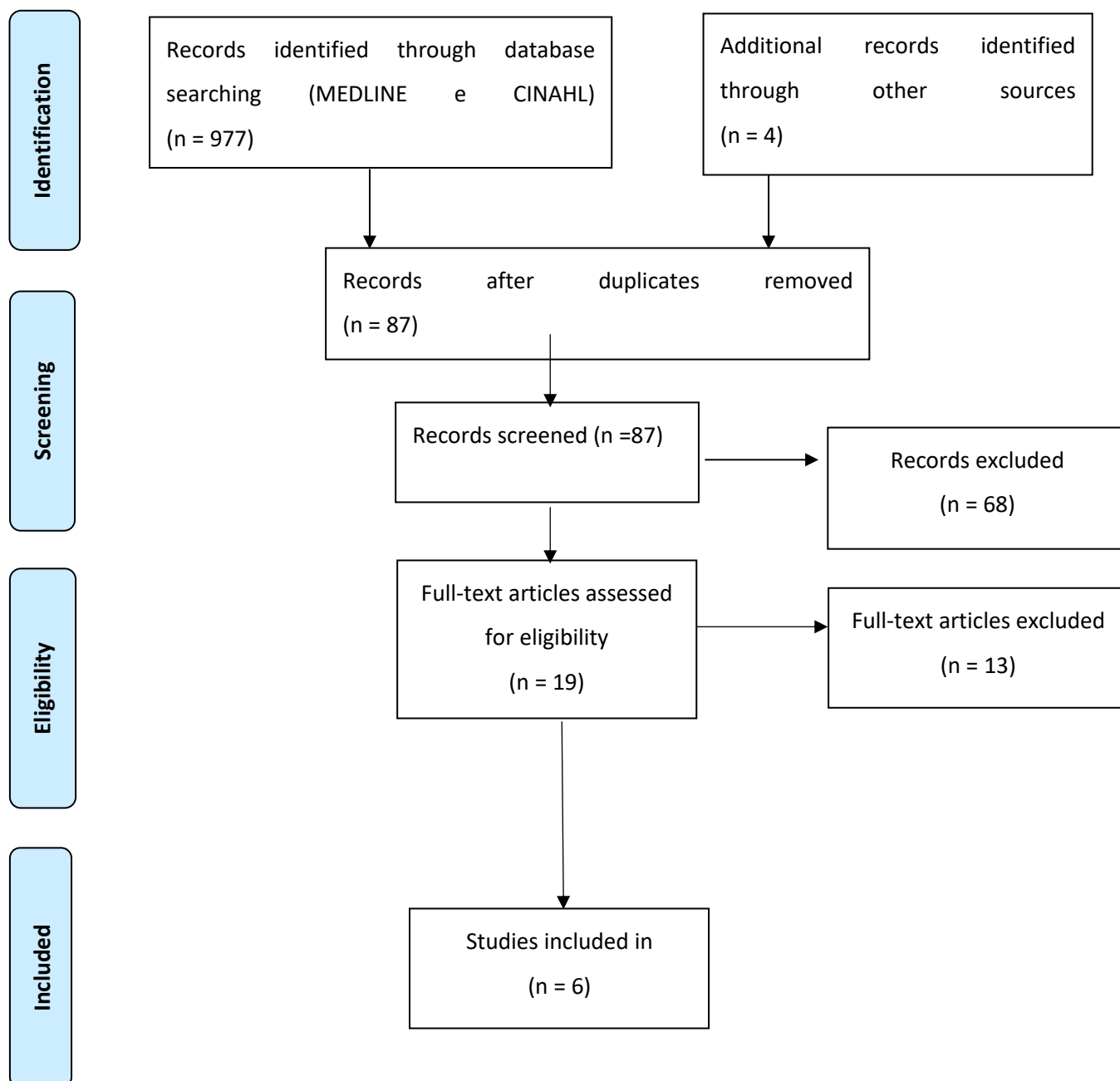


Assim foram incluídos os artigos em que os participantes da investigação fossem portadores de diabetes tipo 2 (P), que se relacionassem com o autocuidado (C), e em que fossem considerados o contexto Comunidade (C).

Foram Incluídos apenas textos em português, inglês e espanhol por serem as línguas dominadas. Apenas foram considerados artigos com população acima de 65 anos. Dos artigos resultantes desta primeira seleção (n=87), após leitura de título e *abstract*, foram considerados os que respondem à pergunta de pesquisa, excluindo os restantes por não serem relevantes, ficando um total de 19 estudos. Da leitura completa destes, foram excluídos 16 estudos aplicando os critérios definidos, resultando no final 6 estudos elegíveis, apresentados no quadro 2. Abaixo encontra-se o diagrama explicitando o processo.

## Diagrama de Pesquisa

### PRISMA 2009 Flow Diagram



**Quadro 2 – Estudos selecionados**

Artigo	Título	Autores	País	Ano	Tipo Estudo	Amostra/ População	Principais Resultados
1	Experience of knowledge and skills that are essential in self-managing a chronic condition – a focus group study among people with type 2 diabetes	Herre, A. J., Graue, M., Kolltveit, B.-C. H., & Gjengedal, E.	Noruega	2016	Focus Group	22 participantes	Os participantes beneficiaram da participação em contexto de grupo. Valorizada a aprendizagem na situação, melhor aprendizagem no contexto, mediante experiências reais.
2	Intervenções para a aquisição do autocuidado terapêutico da pessoa com diabetes mellitus: revisão sistemática da literatura	Cardoso, A. F., Queirós, P., & Ribeiro, C. F.	Portugal	2015	Revisão Sistemática da Literatura	36 artigos	É necessária maior centralidade na pessoa, nas suas características pessoais e no significado que atribui à doença ou a forma como a posiciona na sua vida. Intervenções culturalmente desenhadas, diabetes nurse case management, nurse telephone follow-up, apoio provido por pessoas de referência (role-model), são algumas das intervenções consideradas como tendo maior impacto em ganhos em saúde. Enfermeiros são os profissionais mais vezes considerados como principais facilitadores do apoio educativo, bem como do autocuidado.
3	Assessing the relationship between neighborhood factors and diabetes related health outcomes and self-care behaviors	Smalls, B. L., Gregory, C. M., Zoller, J. S., & Egede, L. E.	EUA	2015	Observacional Transversal	615 participantes	Fatores como as características da comunidade e da vizinhança podem ter impacto nos outcomes de saúde daqueles que sofrem de doença crónica, incluindo diabetes tipo 2. Baixa criminalidade, espaços para caminhar, e ambientes estéticos aumentam a coesão e suporte social, melhorando a adesão a estilos de vida saudáveis
4	Barriers to and facilitators of	Song, M.; Lee, M.; Shim, B.	Korea	2010	Focus Group	24 participantes	As barreiras para a adesão à autogestão incluíram mudanças físicas e psicológicas relacionadas ao

	self-management adherence in Korean older adults with type 2 diabetes						envelhecimento, restrições relacionadas a fatores culturais específicos, falta de autodisciplina e má compreensão do autocuidado. Os facilitadores da autogestão foram conhecer os benefícios e possuir um sistema para reforçar o autocuidado.
5	The relationship between cognitive impairment and diabetes self-management in a population-based community sample of older adults with Type 2 diabetes	Feil, D.; Zhu, C.; Sultzer, D.	USA	2012	Estudo Transversal – Regressão logística	1398 participantes	Participantes com maior compromisso cognitivo foram menos propensos a aderir ao exercício e à dieta. O comprometimento cognitivo está associado a um pior autocuidado e pode representar um desafio para os idosos diabéticos, principalmente na dieta e nos exercícios.
6	Patient factors associated with attrition from a self-management education programme	Gucciardi, E.; Demelo, M.; Offenheim, A.; Grace, S.; Stewart, D.	Canadá	2007	Estudo Transversal – Regressão logística	536 participantes	Pacientes com 65 ou mais anos de idade apresentam menor adesão a sessões de grupo. A idade mais avançada reportada como barreira ao acesso aos recursos de saúde relacionados com a diabetes por fatores como mobilidade reduzida ou inatividade, redes de contactos mais restritas ou preferência por ter um papel menos participativo na sua saúde, o que os desmotiva para a utilização dos recursos de saúde disponíveis

## **Síntese Conclusiva**

Os estudos encontrados salientam a importância do autocuidado na gestão da Diabetes Tipo 2.

Como fatores condicionantes do autocuidado na população idosa portadora de Diabetes *Mellitus* tipo 2 num contexto comunitário, foi possível identificar fatores como as características da comunidade e da vizinhança (como baixa criminalidade, espaços para caminhar, ambientes estéticos), já que aumentam a coesão e suporte social, melhorando a adesão a estilos de vida saudáveis. Conhecer os benefícios e possuir um sistema para reforçar o autocuidado revelam-se facilitadores da autogestão. As barreiras para a adesão à autogestão incluíram mudanças físicas e psicológicas relacionadas ao envelhecimento, restrições relacionadas a fatores culturais específicos, falta de autodisciplina e má compreensão do autocuidado. Os participantes com maior compromisso cognitivo foram menos propensos a aderir ao exercício e à dieta. Pacientes com 65 ou mais anos de idade apresentam menor adesão a sessões de grupo. A idade mais avançada é reportada como barreira ao acesso aos recursos de saúde relacionados com a diabetes por fatores como mobilidade reduzida ou inatividade, redes de contactos mais restritas ou preferência por ter um papel menos participativo na sua saúde, o que os desmotiva para a utilização dos recursos de saúde disponíveis

No que concernem as estratégias que permitem melhorar o autocuidado e gestão da doença na população idosa diagnosticada com Diabetes *Mellitus* tipo 2, verificou-se que a aprendizagem é mais eficaz no contexto, mediante experiências reais. Também se verifica a necessidade de maior centralidade na pessoa, nas suas características pessoais e no significado que atribui à doença ou à forma como a posiciona na sua vida. Intervenções culturalmente desenhadas, diabetes *nurse case management*, *nurse telephone follow-up*, apoio provido por pessoas de referência (role-model), são algumas das intervenções consideradas como tendo maior impacto em ganhos em saúde.

## **Apêndice II – Cronograma de Atividades**



Ana Rute Mendes Gomes, n.º 3171



## **Apêndice III – Modelo Consentimento Informado**

## CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO

de acordo com a Declaração de Helsínquia<sup>1</sup> e a Convenção de Oviedo<sup>2</sup>

*Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira rubricar e assinar este documento.*

No âmbito de um projeto de intervenção Comunitária intitulado “Conhecimentos e Autocuidado dos idosos portadores de Diabetes *Mellitus* tipo 2 em contexto comunitário, de acordo com a sua diabetes e a sua vigilância na consulta de enfermagem, pretende-se colher mais dados, de forma a podermos ajudá-lo a melhorar a gestão da sua diabetes, através de um questionário.

Estes dados serão recolhidos pela Enfermeira Ana Rute Gomes, a frequentar o Mestrado de Enfermagem Comunitária na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), orientada pela Professora Doutora Maria de Lourdes Varandas.

Todos os dados serão recolhidos sob garantia de confidencialidade e uso exclusivo dos dados recolhidos para o presente estudo, sendo que a identificação dos participantes nunca será tornada pública. Todos os contactos serão feitos em ambiente de privacidade. Com a participação neste projeto poderá ter como **possíveis benefícios** uma maior aquisição de conhecimentos sobre a diabetes, não se esperando que haja **riscos** pela sua participação.

*Grata pela sua Participação,*

Ana Gomes  
ana.gomes@esel.com

**Assinatura:** .....

-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-

*Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa que acima assina. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.*

Nome: .....

Assinatura: .....

Data: ..... / ..... / .....

**ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 1 PÁGINA E FEITO EM DUPLICADO:**

**UMA VIA PARA O/A INVESTIGADOR/A, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE**

<sup>1</sup> [https://www.ordemdosmedicos.pt/up/ficheiros-bin2\\_ficheiro\\_pt\\_0077090001371555285-672.pdf](https://www.ordemdosmedicos.pt/up/ficheiros-bin2_ficheiro_pt_0077090001371555285-672.pdf)

<sup>2</sup> <http://dre.pt/pdf1sdip/2001/01/002A00/00140036.pdf>

### CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO

de acordo com a Declaração de Helsínquia<sup>3</sup> e a Convenção de Oviedo<sup>4</sup>

*Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira rubricar e assinar este documento.*

No âmbito de um projeto de intervenção Comunitária intitulado “Conhecimentos e Autocuidado dos idosos portadores de Diabetes *Mellitus* tipo 2 em contexto comunitário, de acordo com a sua diabetes e a sua vigilância na consulta de enfermagem, pretende-se colher mais dados, de forma a podermos ajudá-lo a melhorar a gestão da sua diabetes, através de um questionário.

Estes dados serão recolhidos pela Enfermeira Ana Rute Gomes, a frequentar o Mestrado de Enfermagem Comunitária na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), orientada pela Professora Doutora Maria de Lourdes Varandas.

Todos os dados serão recolhidos sob garantia de confidencialidade e uso exclusivo dos dados recolhidos para o presente estudo, sendo que a identificação dos participantes nunca será tornada pública. Todos os contactos serão feitos em ambiente de privacidade. Com a participação neste projeto poderá ter como **possíveis benefícios** uma maior aquisição de conhecimentos sobre a diabetes, não se esperando que haja **riscos** pela sua participação.

*Grata pela sua Participação,*

Ana Gomes  
ana.gomes@esel.com

**Assinatura:** .....

-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-

*Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa que acima assina. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.*

Nome: .....

Assinatura: .....

Data: ..... / ..... / .....

**ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 1 PÁGINA E FEITO EM DUPLICADO:**

**UMA VIA PARA O/A INVESTIGADOR/A, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE**

<sup>3</sup> [https://www.ordemdosmedicos.pt/up/ficheiros-bin2\\_ficheiro\\_pt\\_0077090001371555285-672.pdf](https://www.ordemdosmedicos.pt/up/ficheiros-bin2_ficheiro_pt_0077090001371555285-672.pdf)

<sup>4</sup> <http://dre.pt/pdf1sdip/2001/01/002A00/00140036.pdf>

## **Apêndice IV – Instrumento Colheita de Dados**

PARTE I – CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E  
ANTECEDENTES PESSOAIS

1. Quantos anos tem? \_\_\_\_\_

2. Habilitações literárias:

Não sabe ler nem escrever ☐

Sabe ler e escrever ☐

1º ciclo (1º, 2º, 3º ou 4º ano) ☐

2º ciclo (5º ou 6º ano) ☐

3º ciclo (7º, 8º ou 9º ano) ☐

Ensino Técnico ☐

Ensino Secundário ☐

Ensino Superior ☐

Bacharelato ☐

Licenciatura ☐

3. Situação profissional:

Empregado ☐

Desempregado ☐

Reformado ☐

Outro ☐

4. Estado civil

- |            |                          |
|------------|--------------------------|
| Casado     | <input type="checkbox"/> |
| Solteiro   | <input type="checkbox"/> |
| Viúvo      | <input type="checkbox"/> |
| Divorciado | <input type="checkbox"/> |

5. Há quanto tempo sabe que é diabético? \_\_\_\_\_

5.1 - Que tipo de tratamento iniciou nessa altura?

- |                                  |                          |
|----------------------------------|--------------------------|
| Dieta                            | <input type="checkbox"/> |
| Exercício físico regular         | <input type="checkbox"/> |
| Dieta e Exercício físico regular | <input type="checkbox"/> |
| Comprimidos (Antidiabéticos      | <input type="checkbox"/> |
| Orais)                           |                          |
| Insulina                         | <input type="checkbox"/> |
| Insulina e Comprimidos           | <input type="checkbox"/> |

5.2. Que tipo de tratamento faz atualmente?

- |                                  |                          |
|----------------------------------|--------------------------|
| Dieta                            | <input type="checkbox"/> |
| Exercício físico regular         | <input type="checkbox"/> |
| Dieta e Exercício físico regular | <input type="checkbox"/> |
| Comprimidos (Antidiabéticos      | <input type="checkbox"/> |
| Orais)                           |                          |
| Insulina                         | <input type="checkbox"/> |
| Insulina e Comprimidos           | <input type="checkbox"/> |

6. Neste momento, tem algum problema de saúde que seja consequência da diabetes?

Sim ☐ Não ☐

Se sim, diga qual \_\_\_\_\_

7. Tem alguém que o ajude a tratar a sua diabetes?

Sim ☐ Não ☐

Quem \_\_\_\_\_

7.1 Se sim, diga em que aspeto(s)?

Dieta ☐

Exercício físico regular ☐

Medicação ☐

Pesquisa de Glicémia ☐

Vigilância dos pés ☐

Idas às consultas ☐

8. Costuma avaliar o açúcar no sangue por picada no dedo?

Sim ☐ Não ☐

#### AVALIAÇÃO INICIAL

9. Peso \_\_\_\_\_ Kg

10. Altura \_\_\_\_\_ m

11. IMC \_\_\_\_\_ Kg/m<sup>2</sup>

12. Circunferência abdominal: \_\_\_\_\_ cm

13. Pressão arterial: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ mmHg

14. Glicemia capilar: \_\_\_\_\_ mg/dl [indicar se o valor é pré ou pós-prandial)

15. Hemoglobina Glicosilada (Última avaliação) \_\_\_\_\_ %

#### PARTE II - ACTIVIDADES DE AUTO-CUIDADO COM A DIABETES

*Versão traduzida e adaptada para Português de “Summary of Diabetes Self-Care Activities” De Glasgow R, Toobert D, Hampson S (2000), por Bastos F e Lopes C (2004)*

As perguntas que se seguem questionam-no acerca dos seus cuidados com a diabetes durante os últimos 7 dias. Se esteve doente durante os últimos 7 dias, por favor lembre-se dos últimos 7 dias em que não estava doente.

16- ALIMENTAÇÃO GERAL	NÚMERO DE DIAS
16.1- Em quantos dos últimos SETE DIAS seguiu uma alimentação saudável?	0 1 2 3 4 5 6 7
16.2- Em média, durante o último mês, quantos DIAS POR SEMANA seguiu um plano alimentar recomendado por algum profissional de saúde?	0 1 2 3 4 5 6 7
16.3- Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu cinco ou mais peças de fruta e/ou doses de vegetais (incluindo os da sopa)?	0 1 2 3 4 5 6 7
17- ALIMENTAÇÃO ESPECÍFICA	
17.1- Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu Carnes vermelhas (vaca, porco, cabrito)?	0 1 2 3 4 5 6 7
17.2- Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu pão acompanhando a refeição do almoço ou jantar?	0 1 2 3 4 5 6 7
17.3- Em quantos dos últimos SETE DIAS misturou, no acompanhamento da refeição, dois ou mais dos seguintes alimentos: arroz, batatas, massa, feijão?	0 1 2 3 4 5 6 7
17.4- Em quantos dos últimos SETE DIAS consumiu mais que um copo, de qualquer tipo de bebida alcoólica, às principais refeições?	0 1 2 3 4 5 6 7
17.5- Em quantos dos últimos SETE DIAS consumiu qualquer tipo de bebida alcoólica, fora das refeições?	0 1 2 3 4 5 6 7
17.6- Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu alimentos doces como bolos, pastéis, compotas, mel, marmelada ou chocolates?	0 1 2 3 4 5 6 7
17.7 - Em quantos dos últimos SETE DIAS adoçou as suas bebidas com açúcar?	0 1 2 3 4 5 6 7



<b>18. ACTIVIDADE FÍSICA</b>	<b>NÚMERO DE DIAS</b>
18.1- Em quantos dos últimos SETE DIAS praticou atividade física durante pelo menos 30 minutos? (Minutos totais de atividade contínua, inclusive andar).	0 1 2 3 4 5 6 7
18.2- Em quantos dos últimos SETE DIAS participou numa sessão de exercício físico específico (como nadar, caminhar, andar de bicicleta) para além da atividade física que faz em casa ou como parte do seu trabalho?	0 1 2 3 4 5 6 7
<b>19. MONITORIZAÇÃO DE GLICÉMIA</b>	
19.1- Em quantos dos últimos SETE DIAS avaliou o açúcar no sangue?	0 1 2 3 4 5 6 7
19.2- Quantos dias por semana lhe foi recomendado que avaliasse o açúcar no sangue pelo seu médico, enfermeiro ou farmacêutico?	0 1 2 3 4 5 6 7
<b>20. CUIDADOS COM OS PÉS</b>	
20.1- Em quantos dos últimos SETE DIAS examinou os seus pés?	0 1 2 3 4 5 6 7
20.2- Em quantos dos últimos SETE DIAS lavou os seus pés?	0 1 2 3 4 5 6 7
20.3- Em quantos dos últimos SETE DIAS secou os espaços entre os dedos do pé, depois de os lavar?	0 1 2 3 4 5 6 7
<b>21. MEDICAMENTOS</b>	
21. 1- Em quantos dos últimos SETE DIAS, tomou, conforme lhe foi indicado, os seus medicamentos da diabetes?	0 1 2 3 4 5 6 7
OU (se insulina e comprimidos).	
21.2- Em quantos dos últimos SETE DIAS tomou, conforme lhe foi indicado, injeções de insulina?	0 1 2 3 4 5 6 7
21.3- Em quantos dos últimos SETE DIAS tomou o número indicado de comprimidos da diabetes?	0 1 2 3 4 5 6 7
<b>22. HÁBITOS TABAGICOS</b>	

22.1- Você fumou um cigarro, ainda que só uma passa, durante os últimos SETE DIAS?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
22.2- Se sim, quantos cigarros fuma, habitualmente, num dia? Número de cigarros: _____	
22.3- Quando fumou o seu último cigarro? <i>(colocar a cruz no espaço em branco que corresponde à resposta do utente)</i>	<input type="checkbox"/> Nunca fumou <input type="checkbox"/> Há mais de dois anos atrás <input type="checkbox"/> Um a dois anos atrás <input type="checkbox"/> Quatro a doze meses atrás <input type="checkbox"/> Um a três meses atrás <input type="checkbox"/> No último mês <input type="checkbox"/> Hoje

PARTE III - QUESTIONÁRIO DE CONHECIMENTOS SOBRE A DIABETES  
Tradução para Português de "Diabetes Knowledge Questionnaire (DKQ -24)".

QUESTÕES	Sim	Não	Não Sabe
23- Comer muito açúcar e alimentos doces é a causa da diabetes?			
24-A causa comum da Diabetes é a falta ou resistência à insulina no corpo?			
25- A Diabetes é causada pela dificuldade dos rins em manter a urina sem açúcar?			
26- Os rins produzem insulina?			
27- Na Diabetes não tratada a quantidade de açúcar no sangue, normalmente, sobe?			
28- Se é diabético os seus filhos têm maior risco para serem diabéticos?			
29- A Diabetes pode curar-se?			
30- O nível de açúcar no sangue de 210, num teste em jejum, é muito alto?			
31- A melhor maneira de avaliar a sua Diabetes é fazendo testes à urina?			
32- O exercício regular aumenta a necessidade de insulina, ou outro medicamento para a Diabetes?			
33- Há dois tipos principais de Diabetes: Tipo I ("Insulino-dependentes") e Tipo 2 ("não insulino-dependentes")?			
34- Uma hipoglicemia (baixa de açúcar no sangue) é provocada por muita comida?			
35- A medicação é mais importante que a dieta e o exercício físico para controlar a Diabetes?			
36- A Diabetes frequentemente provoca má circulação?			

QUESTÕES	Sim	Não	Não Sabe
37- Cortes e feridas cicatrizam mais lentamente nos diabéticos?			
38- Os diabéticos devem ter cuidados especiais, quando cortam as unhas dos dedos dos pés?			
39- Uma pessoa com Diabetes deve limpar uma ferida com solução iodada e álcool?			
40- A maneira como prepara a sua comida é tão importante como a comida que come?			
41- A Diabetes pode prejudicar os rins?			
42- A Diabetes pode provocar diminuição da sensibilidade das mãos, dedos e pés?			
43- Tremores E suores são sinais de açúcar alto no sangue?			
44- Urinar frequentemente e sede são sinais de açúcar baixo no sangue?			
45- Meias-calças elásticas, ou meias, apertadas não são prejudiciais para os diabéticos?			
46- Uma dieta para diabéticos consiste, essencialmente, em comidas especiais?			

## **Apêndice V – Quadro 1 – Resultados dos Dados Antropométricos**

**Estatística Descritiva – Dados Antropométricos**

	N	Intervalo	Mínimo	Máximo	Média		Erro Desvio	Variância
	Estatística	Estatística	Estatística	Estatística	Estatística	Erro	Estatística	Estatística
Peso	36	81,00	44,00	125,00	75,4889	2,63905	15,83432	250,726
Altura	37	37,00	141,00	178,00	162,6757	1,51472	9,21368	84,892
Índice de Massa Corporal	36	24,80	16,80	41,60	28,6389	,88500	5,31001	28,196
Circunferência Abdominal	26	69,00	69,00	138,00	104,9615	2,96828	15,13534	229,078
Pressão Arterial Sistólica	35	79,00	100,00	179,00	138,1143	3,29547	19,49626	380,104
Pressão Arterial Diastólica	35	33,00	60,00	93,00	72,3143	1,50169	8,88413	78,928
Glicémia Capilar	31	164,00	94,00	258,00	141,5806	6,52930	36,35361	1321,585
Última Avaliação de Hemoglobina Glicosilada	25	4,20	5,50	9,70	6,9240	,20464	1,02318	1,047

**Apêndice VI – Quadro 2 – Resultados da Escala de Atividades  
de Autocuidado**

Variáveis da Escala de Atividades de Autocuidado com a Diabetes	Média (dias da semana)	Dimensões da escala	Score (dias da semana)
Em quantos dos últimos SETE DIAS segui uma alimentação saudável?	5,92	Alimentação geral	4,78
Em média, durante o último mês, quantos DIAS POR SEMANA seguiu um plano alimentar recomendado por algum profissional de saúde?	2,63		
Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu cinco ou mais peças de fruta e/ou doses de vegetais (incluindo os da sopa)?	5,79		
Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu carnes vermelhas (vaca, porco, cabrito)?	4,79	Alimentação específica	5,30
Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu pão acompanhando a refeição do almoço ou jantar?	3,08		
Em quantos dos últimos SETE DIAS misturou, no acompanhamento da refeição, dois ou mais dos seguintes alimentos: arroz, batatas, massa, feijão?	6		
Em quantos dos últimos SETE DIAS consumiu mais do que um copo, de qualquer tipo de bebida alcoólica, às principais refeições?	6,05		
Em quantos dos últimos SETE DIAS consumiu qualquer tipo de bebida alcoólica, fora das refeições?	6,76		
Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu alimentos doces como bolos, pastéis, compotas, mel, marmelada ou chocolates?	5,11		
Em quantos dos últimos SETE DIAS adoçou as suas bebidas com açúcar?	5,32		
Em quantos dos últimos SETE DIAS praticou atividade física durante pelo menos 30 minutos? (Minutos totais de atividade contínua, inclusive andar)	3,61	Atividade física	2,37
Em quantos dos últimos SETE DIAS participou numa sessão de exercício físico específico (como nadar, caminhar, andar de bicicleta) para além da atividade física que faz em casa ou como parte do seu trabalho?	1,13		
Em quantos dos últimos SETE DIAS avaliou o açúcar no sangue?	3,37	Monitorização da glicemia	3,315
Quantos dias por semana lhe foi recomendado que avaliasse o açúcar no sangue pelo seu médico, enfermeiro ou farmacêutico?	3,26		
Em quantos dos últimos SETE DIAS examinou os seus pés?	4,05	Cuidados com os pés	5,85
Em quantos dos últimos SETE DIAS lavou os seus pés?	6,79		
Em quantos dos últimos SETE DIAS secou os espaços entre os dedos do pé, depois de os lavar?	6,71		
Em quantos dos últimos SETE DIAS, tomou, conforme lhe foi indicado, os seus medicamentos da diabetes?	6,9	Medicamentos	6,9
ou (se insulina e comprimidos)			
Em quantos dos últimos SETE DIAS tomou, conforme lhe foi indicado, injeções de insulina?	7		7
Em quantos dos últimos SETE DIAS tomou o número indicado de comprimidos da diabetes?	7		



## **Apêndice VII – Quadro 3 - Conhecimentos sobre a Diabetes**

Questões	Total Participantes (n=38)						Homens (n=20)						Mulheres (n=18)					
	Corretas		Erradas		Não Sabe		Corretas		Erradas		Não Sabe		Corretas		Erradas		Não Sabe	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1 Comer muito açúcar e alimentos doces é a causa da diabetes.	11	28,9	26	68,4	1	2,6	4	20,0	15	75,0	1	5,0	7	38,9	11	61,1	0	0,0
2 A causa comum da Diabetes é a falta ou resistência à insulina no corpo.	19	50,0	4	10,5	15	39,5	12	60,0	3	15,0	5	25,0	7	38,9	1	5,6	10	55,6
3 A Diabetes é causada pela dificuldade dos rins em manter a urina sem açúcar?	9	23,7	9	23,7	20	52,6	5	25,0	4	20,0	11	55,0	4	22,2	5	27,8	9	50,0
4 Os rins produzem insulina?	18	47,4	5	13,2	15	39,5	9	45,0	5	25,0	6	30,0	9	50,0	0	0,0	9	50,0
5 Na Diabetes não tratada a quantidade de açúcar no sangue, normalmente, sobe?	36	94,7	1	2,6	1	2,6	20	100,0	0	0,0	0	0,0	16	88,9	1	5,6	1	5,6
6 Se é diabético os seus filhos têm maior risco para serem diabéticos?	28	73,7	3	7,9	7	18,4	15	75,0	2	10,0	3	15,0	13	72,2	1	5,6	4	22,2
7 A Diabetes pode curar-se?	30	78,9	8	21,1	0	0,0	14	70,0	6	30,0	0	0,0	16	88,9	2	11,1	0	0,0
8 O nível de açúcar no sangue de 210, num teste em jejum, é muito alto?	35	92,1	2	5,3	1	2,6	19	95,0	1	5,0	0	0,0	16	88,9	1	5,6	1	5,6
9 A melhor maneira de avaliar a sua Diabetes é fazendo testes à urina?	18	47,4	9	23,7	11	28,9	10	50,0	5	25,0	5	25,0	8	44,4	4	22,2	6	33,3
10 O exercício regular aumenta a necessidade de insulina, ou outro medicamento para a Diabetes?	26	68,4	3	7,9	9	23,7	15	75,0	2	10,0	3	15,0	11	61,1	1	5,6	6	33,3
11 Há dois tipos principais de Diabetes: Tipo I ("Insulino-dependentes") e Tipo 2 ("não insulino-dependentes")?	36	94,7	0	0,0	2	5,3	19	95,0	0	0,0	1	5,0	17	94,4	0	0,0	1	5,6
12 Uma hipoglicemia (baixa de açúcar no sangue) é provocada por muita comida?	18	47,4	14	36,8	6	15,8	9	45,0	10	50,0	1	5,0	9	50,0	4	22,2	5	27,8
13 A medicação é mais importante que a dieta e o exercício físico para controlar a Diabetes?	22	57,9	15	39,5	1	2,6	9	45,0	10	50,0	1	5,0	13	72,2	5	27,8	0	0,0
14 A Diabetes frequentemente provoca má circulação?	28	73,7	1	2,6	9	23,7	13	65,0	1	5,0	6	30,0	15	83,3	0	0,0	3	16,7
15 Cortes e feridas cicatrizam mais lentamente nos diabéticos?	32	84,2	6	15,8	0	0,0	19	95,0	1	5,0	0	0,0	13	72,2	5	27,8	0	0,0
16 Os diabéticos devem ter cuidados especiais, quando cortam as unhas dos dedos dos pés?	38	100,0	0	0,0	0	0,0	20	100,0	0	0,0	0	0,0	18	100,0	0	0,0	0	0,0
17 Uma pessoa com Diabetes deve limpar uma ferida com solução iodada e álcool?	21	55,3	5	13,2	12	31,6	11	55,0	4	20,0	5	25,0	10	55,6	1	5,6	7	38,9
18 A maneira como prepara a sua comida é tão importante como a comida que come.	33	86,8	4	10,5	1	2,6	16	80,0	3	15,0	1	5,0	17	94,4	1	5,6	0	0,0
19 A Diabetes pode prejudicar os rins.	31	81,6	1	2,6	6	15,8	14	70,0	0	0,0	6	30,0	17	94,4	1	5,6	0	0,0
20 A Diabetes pode provocar diminuição da sensibilidade das mãos, dedos e pés.	35	92,1	0	0,0	3	7,9	18	90,0	0	0,0	2	10,0	17	94,4	0	0,0	1	5,6
21 Tremores E suores são sinais de açúcar alto no sangue.	10	26,3	18	47,4	10	26,3	5	25,0	11	55,0	4	20,0	5	27,8	7	38,9	6	33,3
22 Urinar frequentemente e sede são sinais de açúcar baixo no sangue.	13	34,2	10	26,3	15	39,5	7	35,0	4	20,0	9	45,0	6	33,3	6	33,3	6	33,3
23 Meias-calças elásticas, ou meias, apertadas não são prejudiciais para os diabéticos.	15	39,5	18	47,4	5	13,2	8	40,0	9	45,0	3	15,0	7	38,9	9	50,0	2	11,1
24 Uma dieta para diabéticos consiste, essencialmente, em comidas especiais.	23	60,5	13	34,2	2	5,3	14	70,0	6	30,0	0	0,0	9	50,0	7	38,9	2	11,1

## **Apêndice VIII – Estratégias e Atividades**

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ESTRATÉGIAS	ATIVIDADES
<p>1 – Desenvolver os conhecimentos da população acerca da fisiopatologia da diabetes</p> <p><b>Domínio Cognitivo</b></p>	<p>Ensinar a população sobre o que é Diabetes Tipo 2; atuação da insulina e principais complicações decorrentes da gestão ineficaz da doença.</p>	<p>Sessão individual de educação para a saúde (atividade 1).</p>
<p>2 – Desenvolver conhecimentos que permitam à população identificar os sinais e sintomas de hipoglicémia e hiperglicémia</p> <p><b>Domínio Cognitivo</b></p>	<p>Informar a população quais os sintomas de hiperglicémia e de hipoglicémia e como atuar perante estas situações.</p>	<p>Sessão individual de educação para a saúde (atividade 1). Elaboração de folheto informativo.</p>
<p>3 – Sensibilizar a população para o autocuidado na vigilância dos pés.</p> <p><b>Domínio Cognitivo/Domínio Psicomotor</b></p>	<p>Consciencializar e ensinar a população sobre a vigilância do pé, treinar vigilância do pé.</p>	<p>Sessão individual de educação para a saúde (atividade 2). Elaboração de folheto informativo.</p>

## **Apêndice IX – Plano Operacional**

ATIVIDADE	QUEM	QUANDO	ONDE	COMO	OBJETIVO A Atingir	AValiação
Atividade 1 - Sessão individual de educação para a saúde - Conhecimentos Acerca da Diabetes	Enfermeira mestranda	Janeiro de 2019	Gabinete da UCSP	20 min. Exposição do tema, entrega de folheto informativo e participação ativa do utente através do esclarecimento de dúvidas e colocação de questões.	Aumentar conhecimentos sobre Diabetes	<p>1. Realização efetiva de sessões a 80% da população selecionada.</p> <p>Indicador de adesão (nº de sessões efetuadas/participantes selecionados) x 100</p> <p>2. Que 80% da população responda corretamente às questões colocadas no final da sessão.</p> <p>Indicador de participação (nº de pessoas que respondeu às questões/nº de participantes) x 100</p>

ATIVIDADE	QUEM	QUANDO	ONDE	COMO	OBJETIVO A Atingir	AVALIAÇÃO
Atividade 2 - Sessão individual de educação para a saúde - Autocuidado na observação dos pés	Enfermeira mestranda	Janeiro de 2019	Gabinete da UCSP	20 min. Exposição do tema, treinar vigilância dos Pés, entrega de folheto informativo e participação ativa do utente através do esclarecimento de dúvidas e colocação de questões.	Capacitar os destinatários para o autocuidado na vigilância dos pés	<p>1. Realização efetiva de sessões a 80% da população selecionada.</p> <p>Indicador de adesão (nº de sessões efetuadas/participantes selecionados) x 100</p> <p>2. Que pelo menos 80% da população intervencionada realize corretamente a observação dos pés</p> <p>Indicador de participação (nº de pessoas que realizou corretamente observação dos pés/nº de participantes) x 100</p>

## **Apêndice X – Plano de Sessão Individual – Conhecimentos acerca da Diabetes**



### Plano de Sessão Individual

Atividade: Sessão Educação para a Saúde Individual sobre conhecimentos acerca da Diabetes

Destinatários: Amostra de utentes Diabéticos selecionados para intervenção.

Duração: 20 min

Quem: Enfermeira mestranda

Quando: Janeiro de 2019

Onde: UCSP

Objetivo Geral: Promover a aquisição de conhecimentos sobre a Diabetes

Objetivos Específicos:

Que os destinatários sejam capazes de:

- Compreender a atuação da insulina no organismo
- Identificar sinais e sintomas da Hipoglicémia
- Identificar sinais e sintomas da Hiperglicémia

ETAPAS	CONTEÚDOS	MÉTODOS	DURAÇÃO	TÉCNICA
<b>Apresentação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formador</li> <li>• Tema</li> <li>• Objetivos da sessão individual de educação para a saúde</li> </ul>	Expositivo	3 min.	Participação ativa
<b>Desenvolvimento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Definição de DM2;</li> <li>• Ação da insulina;</li> <li>• Causas de hiperglicémia e hipoglicémia</li> <li>• Sinais e sintomas de hiperglicémia e hipoglicémia</li> <li>• Como atuar em cada situação</li> </ul>	Expositivo Interativo	10 min.	
<b>Conclusão</b>	Esclarecimento de dúvidas	Expositivo Interativo	5 min.	Esclarecimento de dúvidas
<b>Avaliação</b>	Formulação de algumas questões	Interrogativo	2 min	Perguntas

## **Apêndice XI – Plano de Sessão Individual – Autocuidado na observação dos Pés**

### Plano de Sessão Individual

Atividade: Sessão Educação para a Saúde Individual sobre Autocuidado na observação dos Pés

Destinatários: Amostra de utentes Diabéticos selecionados para intervenção.

Duração: 20 min

Quem: Enfermeira mestranda

Quando: Janeiro de 2019

Onde: UCSP

Objetivo Geral: Capacitar os destinatários para o autocuidado na vigilância dos pés


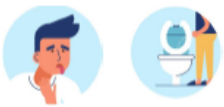
Objetivos Específicos:

Que os destinatários sejam capazes de:

- Realizar observação dos pés
- Identificar sinais de alerta

ETAPAS	CONTEÚDOS	MÉTODOS	DURAÇÃO	TÉCNICA
<b>Apresentação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formador</li> <li>• Tema</li> <li>• Objetivos da sessão individual de educação para a saúde</li> </ul>	Expositivo	3 min.	Participação ativa
<b>Desenvolvimento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Treinar vigilância dos Pés: Enquanto é feita a observação dos pés indicar o que deve ser tido em consideração e cuidados específicos, de acordo com o indivíduo.</li> <li>• Aferir o procedimento de observação dos pés e como proceder</li> </ul>	Expositivo Interativo Ativo	10 min.	Participação ativa Treino
<b>Conclusão</b>	Esclarecimento de dúvidas	Expositivo Interativo	5 min.	Esclarecimento de dúvidas
<b>Avaliação</b>	Formulação de algumas questões	Interrogativo	2 min	Perguntas

## **Apêndice XII – Folheto Diabetes**

HIPOGLICEMIA	HIPERGLICEMIA
<p>Taxa de açúcar no sangue baixa, inferior a 50 mg/dl. Pode acontecer subitamente e exige tratamento imediato.</p> <p>Sintomas mais frequentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Tremores</li> <li>Suores</li> <li>Fome desmedida</li> <li>Fraqueza</li> <li>Palpitações</li> <li>Palidez</li> <li>Tonturas e confusão</li> </ul>  <p>Como atuar:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Ingerir 10 a 15 gr de açúcar. Medir glicemia 3 a 5 minutos depois.</li> <li>Caso não tenham subido, repetir a ingestão de açúcar.</li> <li>Após estabilizar os valores, ingerir um hidrato de carbono de ação lenta (por exemplo</li> </ol>	<p>Taxa de açúcar no sangue alta.</p> <p>Pode ser provocada por doses insuficientes de medicamentos, excessos alimentares, infeções, stress e alguns medicamentos.</p> <p>Sintomas mais frequentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Urinar em grande quantidade</li> <li>Sede constante</li> <li>Cansaço</li> </ul>  <p>Como atuar:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Beber muita água</li> <li>Comer pouca quantidade várias vezes ao dia</li> <li>Reduzir o consumo de gorduras</li> </ol>

UCSP Horário: De 2ª a 6ª feira, das 8h às 20h. Contacto: 21 XXXXXXXX.  
Elaborado por: Ana Rute Gomes (ana.gomes@campus.esel.pt), no âmbito do 9º Curso de Mestrado em Enfermagem e Curso de Pós-Licenciatura de Especialização Área de Saúde Comunitária  
Orientação: Professora Doutora Lourdes Varandas ; Enf. Esp. Saúde Comunitária Liliana Ferreira

4



## O QUE É A DIABETES TIPO 2?

É uma doença que resulta de uma deficiente capacidade de utilização pelo organismo da nossa principal fonte de energia—a **glucose**.

A glucose resulta da digestão e transformação dos amidos e dos açúcares da nossa alimentação, com o auxílio de uma hormona produzida no pâncreas—a **insulina**.

A Diabetes manifesta-se por hiperglicemia (taxa elevada de açúcar no sangue).



Na **Diabetes Tipo 2**, o pâncreas é capaz de produzir insulina. Contudo a alimentação incorreta e a vida sedentária, tornam o organismo resistente à ação da insulina, obrigando o pâncreas a trabalhar mais até que a insulina produzida deixa de ser suficiente.

Este tipo de Diabetes aparece em geral de forma muito silenciosa e quando é diagnosticada podem ter passados vários anos do seu início.

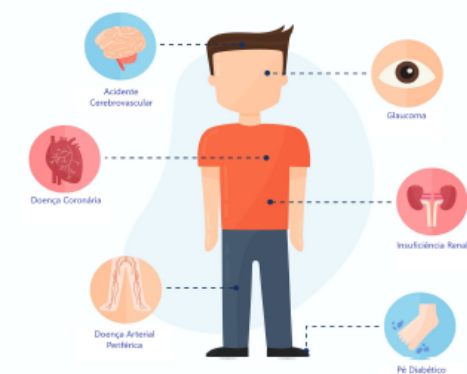
2

## COMPLICAÇÕES DA DIABETES

Com o decorrer dos anos, as pessoas podem vir a desenvolver complicações crónicas decorrentes da Diabetes.

As mais frequentes são:

- Retinopatia (lesão no olho)
- Nefropatia (Doença Renal)
- Neuropatia (Lesão nos nervos, especialmente os periféricos)
- Complicações Macrovasculares (AVC, Ataque Cardíaco, Doença Vascular Periférica)



3

## **Apêndice XIII – Folheto Cuidados com os Pés**



**Lembre-se que NÃO deve:**

- Calçar os sapatos sem os verificar
- Verificar a água do banho com os pés:  
use um termómetro ou o cotovelo
- Usar sabonetes perfumados.
- Usar Calicidas ou produtos que  
“pintem” a pele
- Andar descalço (mesmo na praia ou em  
casa)
- Usar sacos de água quente ou estar  
perto de lareiras ou aquecedores

Em caso de alguma alteração, deve

dirigir-se ao Centro de Saúde!

UCSP  
Horário: De 2ª a 6ª feira, das 8h às 20h. Contacto: 21 XXXXXXXX.  
Elaborado por: Ana Rute Gomes (ana.gomes@campus.esel.pt), no âmbito do 9º Curso de  
Mestrado em Enfermagem e Curso de Pós-licenciatura de Especialização Área de Saúde  
Comunitária.  
Orientação: Professora Doutora Lourdes Varandas ; Enf.ª Esp. Saúde Comunitária Liliada  
Ferreira

Logo  
da  
UCSP

UCSP  
DIABETES TIPO 2



**Prevenção de Lesões  
da Pessoa com  
Diabetes**



1

**OBSERVAÇÃO DOS PÉS**

**Material Necessário**

- Água e sabão neutro
- Toalha branca ou de cor  
clara
- Creme hidratante
- Espelho



**Estar atento a:**

- Zonas vermelhas
- Bolhas
- Calos
- Feridas
- Edema (inchaço)
- Pele Seca
- Unhas com espessura aumentada ou  
que se desfaçam facilmente.



2

**OSERVAÇÃO DOS PÉS**

**O que Fazer?**

**Diariamente:**

Lavar os pés com água morna e sabão neutro. Secar muito bem com uma toalha, sem friccionar muito.

Observar os pés, com o auxílio de um espelho, nas zonas de difícil acesso. Hidratar a pele com creme hidratante, mas não entre os dedos.

**Semanalmente:**

Limar as unhas com lima de cartão, a direito.  
Usar lixa de pés para as calosidades.



3

## **Apêndice XIV – Avaliação das atividades**



ATIVIDADE	METAS	INDICADORES DE AVALIAÇÃO	RESULTADOS	AVALIAÇÃO
<b>Sessão Individual de Educação para a Saúde – Atividade 1</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Que pelo menos 80% da população intervencionada identifique onde é produzida a insulina e qual o seu papel.</li> <li>• Que pelo menos 80% da população intervencionada identifique dois sinais de híper e de hipoglicémia.</li> </ul>	<b>Atividade</b>  (nº de sessões individuais de EpS efetuadas/nº de sessões de EpS previstas) X100;	<b>Atividade</b>  (36/38)x100= 94,74%	Objetivo Alcançado
		<b>Adesão</b>  (nº de participantes que aceitou participar nas sessões/nº total de participantes) x 100;	<b>Adesão</b>  (36/38)x100= 94,74%	
		<b>Participação</b>  (nº de participantes que respondeu às questões/nº de participantes) x 100	<b>Participação</b>  (35/36)x100= 97,22%	
<b>Sessão Individual de Educação para a Saúde – Atividade 2</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Que pelo menos 80% da população intervencionada realize corretamente a observação dos pés.</li> </ul>	<b>Atividade</b>  (nº de sessões individuais de EpS efetuadas/nº de sessões de EpS previstas) X100;	<b>Atividade</b>  (36/38)x100= 94,74%	Objetivo Alcançado
		<b>Adesão</b>  (nº de participantes que aceitou participar nas sessões/nº total de participantes) x 100;	<b>Adesão</b>  (36/38)x100= 94,74%	
		<b>Participação</b>  (nº de participantes que realizou corretamente observação dos pés /nº de participantes) x 100	<b>Participação</b>  (36/36)x100= 100%	

## **ANEXOS**

## **Anexo I – Parecer CNPD**



**Autorização n.º 6682/ 2018**

Ana Rute Mendes Gomes notificou à Comissão Nacional de Protecção de Dados (CNPd) um tratamento de dados pessoais com a finalidade de realizar um Estudo Clínico com Intervenção, denominado Conhecimentos e Autocuidado da População Idosa Portadora de Diabetes Mellitus Tipo 2 em Contexto de Cuidados de Saúde Primários.

O participante é identificado por um código especificamente criado para este estudo, constituído de modo a não permitir a imediata identificação do titular dos dados; designadamente, não são utilizados códigos que coincidam com os números de identificação, iniciais do nome, data de nascimento, número de telefone, ou resultem de uma composição simples desse tipo de dados. A chave da codificação só é conhecida do(s) investigador(es).

É recolhido o consentimento expresso do participante ou do seu representante legal.

A informação é recolhida diretamente do titular e indiretamente do processo clínico.

As eventuais transmissões de informação são efetuadas por referência ao código do participante, sendo, nessa medida, anónimas para o destinatário.

A CNPD já se pronunciou na Deliberação n.º 1704/2015 sobre o enquadramento legal, os fundamentos de legitimidade, os princípios aplicáveis para o correto cumprimento da Lei n.º 67/98, de 26 de outubro, alterada pela Lei n.º 103/2015, de 24 de agosto, doravante LPD, bem como sobre as condições e limites aplicáveis ao tratamento de dados efetuados para a finalidade de investigação clínica.

No caso em apreço, o tratamento objeto da notificação enquadra-se no âmbito daquela deliberação e o responsável declara expressamente que cumpre os limites e condições aplicáveis por força da LPD e da Lei n.º 21/2014, de 16 de abril, alterada pela Lei n.º 73/2015, de 27 de junho – Lei da Investigação Clínica –, explicitados na Deliberação n.º 1704/2015.

O fundamento de legitimidade é o consentimento do titular.



A informação tratada é recolhida de forma lícita, para finalidade determinada, explícita e legítima e não é excessiva – cf. alíneas a), b) e c) do n.º 1 do artigo 5.º da LPD.

Assim, nos termos das disposições conjugadas do n.º 2 do artigo 7.º, da alínea a) do n.º 1 do artigo 28.º e do artigo 30.º da LPD, bem como do n.º 3 do artigo 1.º e do n.º 9 do artigo 16.º ambos da Lei de Investigação Clínica, com as condições e limites explicitados na Deliberação da CNPD n.º 1704/2015, que aqui se dão por reproduzidos, autoriza-se o presente tratamento de dados pessoais nos seguintes termos:

**Responsável** – Ana Rute Mendes Gomes

**Finalidade** – Estudo Clínico com Intervenção, denominado Conhecimentos e Autocuidado da População Idosa Portadora de Diabetes Mellitus Tipo 2 em Contexto de Cuidados de Saúde Primários

**Categoria de dados pessoais tratados** – Código do participante; idade/data de nascimento; género; dados antropométricos; sinais vitais; composição do agregado familiar sem identificação dos membros; dados da história clínica; dados de meios complementares de diagnóstico; dados de qualidade de vida/efeitos psicológicos

**Exercício do direito de acesso** – Através dos investigadores, presencialmente

**Comunicações, interconexões e fluxos transfronteiriços de dados pessoais identificáveis no destinatário** – Não existem

**Prazo máximo de conservação dos dados** – A chave que produziu o código que permite a identificação indireta do titular dos dados deve ser eliminada 5 anos após o fim do estudo.

Da LPD e da Lei de Investigação Clínica, nos termos e condições fixados na presente Autorização e desenvolvidos na Deliberação da CNPD n.º 1704/2015, resultam obrigações que o responsável tem de cumprir. Destas deve dar conhecimento a todos os que intervenham no tratamento de dados pessoais.

Lisboa, 21-05-2018



A Presidente

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Filipa Calvão'. The signature is fluid and cursive, written over the printed name.

Filipa Calvão

## **Anexo II - Declaração Autorização ACES Lisboa Central**

## DECLARAÇÃO

Eu, Vera Sofia Pinheiro Branco de Almeida, Diretora Executiva do ACES Lisboa Central, declaro para os devidos efeitos que autorizo a realização do estudo *Conhecimentos e Autocuidado da População Idosa Portadora de Diabetes Mellitus Tipo 2 em Contexto de Cuidados de Saúde Primários*, estando de acordo quanto às condições estruturais e logísticas para a sua operacionalização.

Lisboa 22/06/2018

Diretora Executiva do ACES Lisboa Central

22/06/2018

X



Diretora Executiva do ACES Lisboa Central  
Assinatura Digital Qualificada do CC  
Assinado por: VERA SOFIA PINHEIRO BRANCO DE ALMEIDA



**Anexo III – Número de diabéticos inscritos por sexo e faixa  
etária**

	Masculino	Feminino	Total
<b>10-14 anos</b>	3	1	4
<b>15-19 anos</b>		1	1
<b>20-24 anos</b>	3	5	8
<b>25-29 anos</b>	5	2	7
<b>30-34 anos</b>	7	6	13
<b>35-39 anos</b>	15	9	24
<b>40-44 anos</b>	16	15	31
<b>45-49 anos</b>	30	12	42
<b>50-54 anos</b>	40	28	68
<b>55-59 anos</b>	47	43	90
<b>60-64 anos</b>	88	61	149
<b>65-69 anos</b>	119	92	211
<b>70-74 anos</b>	97	90	187
<b>75-79 anos</b>	86	109	195
<b>80-84 anos</b>	70	111	181
<b>&gt;=85 anos</b>	48	96	144
<b>TOTAL</b>	<b>674</b>	<b>681</b>	<b>1 355</b>

(fonte SIARS Fevereiro de 2018)

## **Anexo IV – Autorização Para Utilização do Questionário**

Exma. Sr.<sup>a</sup> Enfermeira Ana Rute Gomes  
9º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialização de  
Enfermagem Comunitária  
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Assunto: Autorização para utilização do questionário de Conhecimentos sobre a Diabetes  
(tradução para português de “Diabetes Knowledge Questionnaire – DKQ- 24)

Autorização para utilização da Escala de Autocuidado com a Diabetes na sua versão  
traduzida e adaptada para português de Portugal.

Eu, Fernanda dos Santos Bastos, Professora Adjunta na Escola Superior de Enfermagem do Porto, venho por este meio autorizar a Sr.<sup>a</sup> enfermeira Ana Rute Gomes, estudante 9º Curso de Mestrado em Enfermagem, na área de especialização de Enfermagem Comunitária, a utilizar as versões em Português do questionário e escala acima referenciados no âmbito do seu projeto “Conhecimentos e Autocuidado da População Idosa Portadora de Diabetes Mellitus Tipo 2 em contexto de Cuidados de Saúde Primários”, sob a orientação da Professora Doutora Maria de Lourdes Varandas.

Mais informo que, relativamente à escala de autocuidado com a diabetes, deve usar as referências da publicação na Acta Médica Portuguesa e na qual se encontra um erro na escala final, por repetição de um item e ausência de outro, conforme podem identificar nas restantes tabelas do artigo.

Ao dispor,

Porto, 9 maio 2018

Fernanda Santos Bastos

Professora Adjunta

[fernandabastos@esenf.pt](mailto:fernandabastos@esenf.pt)

Escola Superior Enfermagem do Porto

UNIESEP

UCP: Autocuidado

## **Anexo V – Parecer Comissão de Ética para a Saúde ARSLVT**



Exma. Senhora

Dr.ª Ana Gomes

[anarmgomes@gmail.com](mailto:anarmgomes@gmail.com)

C/c:

Sua Referência

Sua Comunicação de

Nossa Referência

Data

9783/CES/2018

15.10.2018

**Assunto: Conhecimentos e Autocuidado da População Idosa Portadora de Diabetes Mellitus Tipo 2 em Contexto de Cuidados de Saúde Primários.**

A Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT, apreciou o projecto mencionado em epígrafe, na sua reunião da secção de investigação, do dia 12.10.2018, tendo sido emitido um parecer favorável.

Declaração de conflito de interesses: Nada a declarar

O Conselho Directivo, atento ao teor do parecer emitido, entende estarem reunidas as condições para a concretização deste estudo.

Com os melhores cumprimentos,

O Conselho Directivo  
  
LUÍS PISCO  
Presidente do Conselho Directivo da  
ARSLVT, I.P.

**Parecer**

**Proc.057/CES/INV/2018**

**Título:** Conhecimentos e Autocuidado da População Idosa Portadora de Diabetes Mellitus Tipo 2 em Contexto de Cuidados de Saúde Primários

**Enquadramento institucional do proponente:** mestrado de enfermagem, área de especialização em saúde comunitária

**Investigadores:** Ana Rute Mendes Gomes

**Co-Investigadores:** não aplicável

**Orientador Pedagógico:** Professora Doutora Maria de Lourdes Varandas (ESEL)

**Consultor Externo:** Não aplicável

**Âmbito:** Institucional (UCSP da Lapa; ESEL)

**Financiamento:** Não aplicável

**Fundamentação**

Globalmente, a diabetes tem sido diagnosticada em proporções epidêmicas e enquanto a prevalência de diabetes estimada para 2013 é de 382 milhões é esperado que afete 592 milhões de pessoas até 2035. Em Portugal, dados referentes a 2015 referem que a prevalência estimada da Diabetes na população portuguesa com idades compreendidas entre os 20 e os 79 anos é de mais de 1 milhão, o que corresponde a um crescimento na ordem dos 13,5%. No mesmo ano, na Rede de Cuidados de Saúde Primários do SNS de Portugal Continental, encontravam-se registados 846 955 utentes com Diabetes, num universo de 12 470 910 utentes registados. (Observatório Nacional da Diabetes, 2016). Portugal consta no relatório da OCDE como o país da Europa com a mais alta taxa de prevalência de Diabetes (9,9%). (OECD, 2017) Os custos com o tratamento da doença e suas complicações representam cerca de 10% da despesa em saúde e cerca de 1% do PIB Nacional. (Direção Geral da Saúde, 2017)

A Diabetes Mellitus tipo 2 é uma das quatro doenças não transmissíveis (DNT's) prioritárias para a OMS, a par com as doenças cardiovasculares, cancro e doença respiratória crónica. Se não diagnosticada, não tratada ou mal controlada, a diabetes pode causar complicações devastadoras e irreversíveis, como deficiência visual e cegueira, insuficiência renal, ataque cardíaco, acidente vascular cerebral, amputação do membro inferior e disfunção erétil. Embora estas complicações se devam predominantemente a hiperglicemia persistente, outros fatores tais como hipertensão arterial, distúrbios lipídicos e obesidade são importantes contribuintes. (International Diabetes Federation (IDF), 2011)

Evidência proveniente de ensaios clínicos realizados tanto em países desenvolvidos como nos países em desenvolvimento demonstram que uma grande proporção de diabetes tipo 2 pode ser prevenida ou significativamente atrasada com a redução dos principais fatores de risco, a inatividade física e a nutrição inadequada ou em excesso. (International Diabetes Federation (IDF), 2011) A Diabetes Mellitus tipo 2 é uma doença decorrente de estilos de vida que, por isso, exige que a pessoa que vive com a doença faça a autogestão tomando várias decisões diárias em relação à alimentação, atividade e medicamentos. Também





exige que a pessoa seja proficiente num conjunto de habilidades de autocuidado, como a monitorização da glicemia ou o exame do pé. A autogestão refere-se à capacidade do indivíduo para gerenciar os sintomas, tratamento, consequências psicossociais e mudanças de estilo de vida inerentes à vida com uma condição crónica. (International Diabetes Federation (IDF), 2012) Numerosos estudos clínicos, realizados nos últimos 25 anos, encontraram uma associação entre literacia em saúde e os conhecimentos, stress, autoconfiança, comportamento de autogestão, controlo glicémico e resultados de saúde do paciente diabético. (Davis, 2018) Indivíduos com literacia em saúde e numeracia limitados terão dificuldade com os materiais de diabetes comumente usados e a autogestão das tarefas. Por exemplo, é provável que eles sintam dificuldade em tomar os medicamentos corretamente, calcular porções de alimentos ou o cálculo dos hidratos de carbono, na dosagem correta de insulina, na verificação da glicémia ou em manter os pés saudáveis. (Davis, 2018) 5 A Diabetes Mellitus tipo 2 é uma doença crónica cada vez mais frequente na nossa sociedade, e a sua prevalência aumenta muito com a idade, atingindo ambos os sexos e todos os grupos etários. Urge combater as complicações que causa, procurando a melhor evidência na gestão da diabetes por forma a atrasar o início das complicações major e reduzir a morbilidade e mortalidade por diabetes.

#### **Apreciação:**

Trata-se de um projeto com valor social que procura contribuir para a promoção dos conhecimentos e do autocuidado da população idosa portadora de Diabetes Mellitus Tipo 2 inscrita numa UCSP da zona de Lisboa.

Trata-se aparentemente de um estudo com as seguintes características:

- 1.- envolve profissionais de Saúde da ARSLVT;
- 2.- que ainda não foi realizado;
- 3.- é uma investigação sistemática e pretender gerar um novo conhecimento;
- 4.- que envolve seres humanos;
- 5.- que implica interação com dados sensíveis de saúde dos utentes inscritos na unidade de Saúde;
- 6.- Tendo em conta os pressupostos anteriores cumpre critérios de apreciação por esta Comissão de Ética

Relativamente à metodologia seriam de ponderar os seguintes aspetos:

A investigadora não nos refere as variáveis de interesse para o estudo (e sua operacionalização), nem nos referencia o caderno de recolha de dados, embora sejam perceptíveis quer no questionário quer na Autorização da CNPD. Seria de explicitar.

#### **Apreciação Ética**

**Respeito pela dignidade da pessoa humana**

**Autonomia**

**Modalidade de obtenção do consentimento informado**

Explicitar

**Folha(s) de Informação e formulário(s) de consentimento informado**

Presente e adequado.

**Privacidade e Confidencialidade de Dados:**

Autorização 6682/2018 da CNPD.

No que concerne à informação relativa à autorização da CNPD essa competência é agora do EPD (Encarregado de Protecção Dados de cada instituição), sendo que o procedimento adoptado por esta ARS,



*para a investigação clínica pressupõe a prévia apreciação pela Comissão de Ética para a Saúde e posterior referenciação para o Conselho Directivo para autorização. Saliente-se que a autorização do Conselho Directivo é também relativa à utilização de Dados Pessoais de Saúde, na instituição.*

**Beneficência**

*Os potenciais benefícios do estudo face aos seus riscos permitem-nos afirmar que os potenciais benefícios podem superar os riscos.*

**Justiça**

*No que concerne ao cumprimento do princípio da justiça nas suas duas dimensões, discriminação e exploração, diríamos que não se identificam nenhum procedimento que possa “obrigar” ou coagir os utentes a envolverem-se no estudo.*

**Não maleficência**

Os riscos previsíveis de um estudo desta natureza poderão ser menores que os mínimos.

**Cronograma:** adequado

**CV dos Investigadores:** presente

**Declaração dos Orientadores Pedagógicos:** presente

**Declaração dos responsáveis das Unidades de saúde:** ausente

**Declaração do Director Executivo do ACES:** presente.

**Gestão de Dados Pessoais, conformidade com a legislação:** necessita de revisão

**Monitorização da investigação:** Não prevista

**Previsão de custos financeiros para os ACES:** refere que não implica custos.

**Divulgação dos resultados:** não explicita

**Propriedade dos dados:** conforme Autorização 6682/2018 da CNPD

**Compromisso de entrega de relatório final:** não explícito

**Conclusão:**

O estudo potencialmente cumpre critérios de pertinência científica, clínica e ética.

Nesta circunstância sugerimos a emissão de um parecer favorável condicionado sujeito à clarificação pelos investigadores de alguns aspetos assinalados no parecer.

14 de Setembro de 2018

Declaração de conflito de interesses: Nada a declarar

**Conclusão final:**

O estudo cumpre preceitos éticos, científicos e tem valor social.

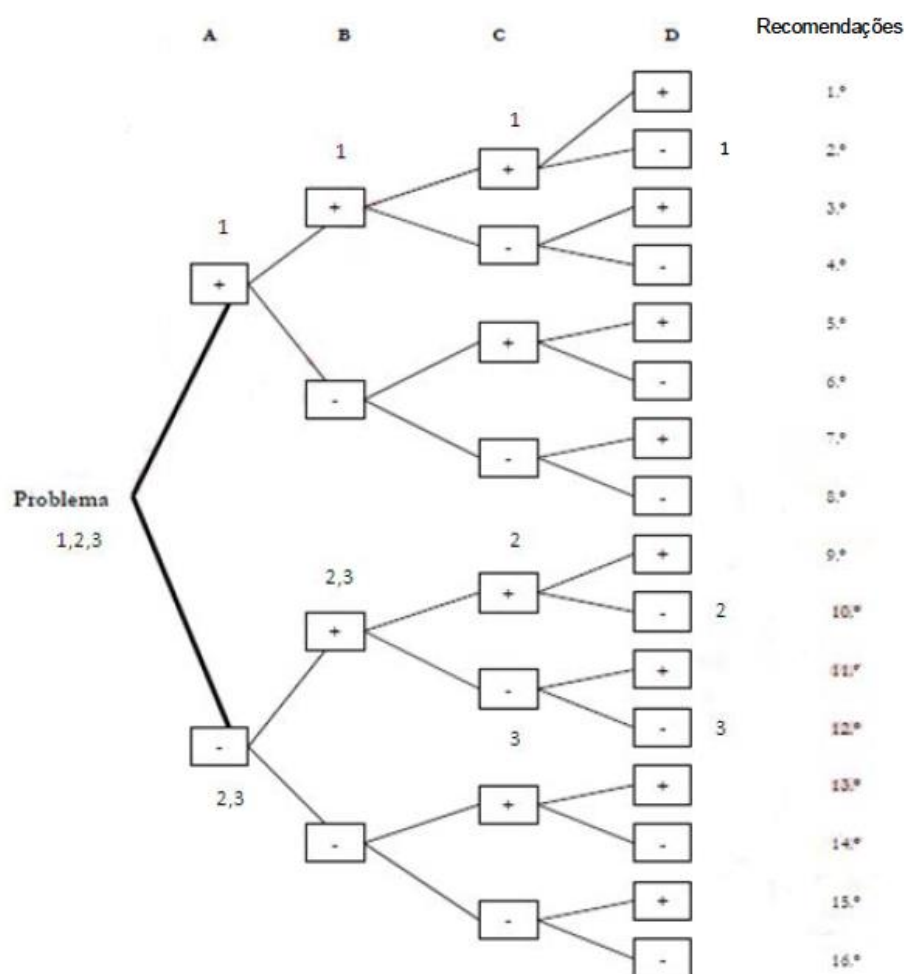
Foram clarificados alguns dos aspetos que nós mereceram melhor atenção.

Sugere-se emissão de um parecer favorável.

12 de outubro de 2018

Declaração de conflito de interesses: Nada a declarar

## **Anexo VI – Grelha de Análise**



Grelha de análise para determinação de prioridades in: Tavares (1990) extraído de Pineault e Daveluy, 1986